

الارشاد والتوجيه الأسري # 7

اضطرابات نفسية وسلوكية للأبناء

علاجها والتوجيه الأسري الوقائي لها

د / محمد زياد حمدان
أستاذ تخطيط المناهج والتدريس
وعلم النفس التربوي

2015
ISBN 978-9933-532-10-9
دار التربية الحديثة
mz.hamdan@hotmail.com



اضطرابات نفسية وسلوكية للأبناء

علاجهاوالتوجيه الأسري الوقائي لها

د / محمد زياد حمدان

أستاذ تخطيط المناهج والتدريس

وعلم النفس التربوي

2015

ISBN 978-9933-532-10-9

دار التربية الحديثة

mz.hamdan@hotmail.com



Family Counseling & Guidance

Psychological & Behavioral Disorders of Children

ISBN 978-9933-532-10-9

Modern Education House Publishing, Consultations & Training	دار التربية الحديثة للنشر والاستشارات والتدريب
mz.hamdan@hotmail.com Damascus – Syria	www.hamdaneducation.com دمشق – سوريا

Book Design and Art Production: تصميم وإخراج المادة العلمية والرسوم والجداول: محمد زياد حمدان

Mohamed Ziad Hamdan

هذه السلسلة

هذه السلسلة **"الإرشاد والتوجيه الأسري"**، مكرّسة لتطوير ثقافة وفهم الأسرة والأبناء الطلبة لأنفسهم وأوضاعهم الراهنة، ثم التفاهم معاً لإيجاد قواعد مشتركة داخل البيئة الأسرية وخارجها، وتفهّمهم بالنتيجة للأهداف والأدوار والحاجات الشخصية والأسرية التي يعيشونها في الحاضر ويطمحون إليها بالمستقبل. إن تلاحمهم وعملهم معاً نتيجة مداخلات: الفهم والتفاهم والتفّهم، سيؤدي إلى تقدم الأسرة والأبناء وازدهار الحياة الأسرية ثم الى تفعيل المؤسسات الاجتماعية وازدهار المجتمع المدني.

ويعود هذا الاهتمام بالأسرة والأبناء الطلبة، الى عوامل تربوية أساسية أهمها،

أولاً: أن الأسرة هي المُقرّر لشخصيات الأبناء حتى عمر عشرين سنة(سن الرشد): فهي المقرر المطلق خلال عمر الطفولة المبكرة من المولد إلى ست سنوات، ثم المقرر الرئيسي خلال الطفولة التالية بعمر 7 – 12 سنة ثم خلال مرحلة الشباب اليافع(المراهقة) بعمر 13 – 20 سنة.

وثانياً: لأن المؤسسات المدرسية بمختلف أنواعها ومستوياتها، تبدو عاجزة عن أداء واجباتها في صقل وإغناء شخصيات الأبناء وتطوير معارفهم وميولهم ومهاراتهم السلوكية التي تتطلبها مواقف الحياة الأسرية والوظيفية والاجتماعية عند الرشد... فالرجوع للأسرة كملاذ آمن ومُخلّص لتربية الأبناء وتنمية شخصياتهم ونجاحاتهم في المستقبل.. هو إذن، الخيار المتاح حالياً للتعويض نسبياً عما تفرزه مختلف العمليات المدرسية الجماعية المشوشة من أولها برياض الأطفال وحتى نهايتها في التعليم الجامعي.

ومع الأهمية البالغة أعلاه للأسرة والأبناء: أنوية المجتمع ومادة وهدف الحياة، ومع الإهمال والروتين وعدم الجدوى التعليمية للعديد من مؤسساتنا المدرسية المتنوعة بدءاً من رياض الأطفال والمدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية، وانتهاء بالمعاهد والكليات والجامعات، فإن العودة للأسرة والأبناء الطلبة، وتطوير وتعزيز أدوارهم ومداخلاتهم اليومية بالإرشاد والتوجيه والتدريب والتعليم والتثقيف، تبدو ضرورية من أجل تفعيل دور الأسرة في تربية الأبناء،

ثم في تطوير مشاركاتهم السلوكية عند رشدهم في قوانين المجتمع ومتطلبات الحياة الاجتماعية المدنية المتنوعة.

والمعلومات التي تقدمها السلسلة الحالية بكتبها ومواضيعها المتنوعة، تهدف بالدرجة الأولى إلى تحقيق أغراض نفسية وتربوية وتثقيفية وقائية تهّم الأسرة والأبناء، ثم علاجية بتصويب الفهم والتعامل السلمي الهادف مع المشاكل المختلفة،، حيثما يناسب الموقف او الحالة ذلك.

أما الصعوبات النفسية الحادة كما في أمراض واضطرابات الشخصية المعقدة والانحرافات السلوكية المركبة، أو الإخلالات الصحية الصعبة كما في أمراض الأجهزة والأعضاء الجسمية المعقدة، فتتعدى علاج مثل هذه الحالات قدرة الأسرة على التعامل ذاتياً معها، الأمر الذي تحتاج معه إلى زيارات عيادية نفسية وجسمية متخصصة.. واستشارات لدى أطباء أكفاء علمًا وخبرة وميولاً.

ومع هذا، فإذا استطاعت الأسرة مع الأبناء استثمار المعلومات التي تقدمها السلسلة،، في فهم أوضاعهم الراهنة.. وفي ترشيد وتوجيه حياتهم ومستقبلهم ذاتيا للأفضل كما يحتاج الموقف ذلك، ثم في التشاور المستنير الهادف معا ومع الجهات الطبية النفسية والجسمية المتخصص، حيث تستدعي بعض حالاتهم الحادة إجراء مثل هذه الاتصالات العيادية.. فان هدفنا الأسما من إعداد وكتابة هذه السلسلة يكون قد تحقق.

والـلـه ثم َتقدّم أسرنا وأبنائنا من وراء الجهد والقصد،

محمد زياد حمدان

الفيحاء 29 / 5 / 2014

اضطرابات نفسية وسلوكية للأبناء

أنوعها ومؤشراتها والتوجيه الأسري لعلاجها

فهرس عام المحتويات

الوحدة الأولى

اضطرابات نفسية للأبناء

(8) اضطراب الهلع لدى الأبناء

(9) مخاوف الابناء

(10) اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

(11) إضطراب ضيق ما بعد الصدمة

(12) الحزن و الأسى لدى الابناء

(13)المزاج المتقلب للأبناء

الموضوع الأول

توضيح عام للاضطرابات النفسية والسلوكية

مقدمة

إن الاضطرابات النفسية والسلوكية Psychological & Behavioral Disorders هي إخلالات شخصية تؤثر سلباً في قدرة الفرد على التصرف في الحياة اليومية بالأسرة والعمل والمدرسة والتعامل الاجتماعي العام.. وتُشوّش لدرجة حادة هيئته الشكلية والسلوكية وميوله الفردية في جوانب عديدة من شخصيته، مؤرّقة بدون شك حياته الشخصية والاجتماعية.

وتبدو هذه الاضطرابات واضحة للعيان.. أي يمكن ملاحظتها وقياسها في عمر الطفولة المتأخرة أوالشباب اليافع (المراهقة)، وتستمر في الكبر خلال الرشد. ومع هذا يمكن للمختص / المعالج النفس اجتماعي قياس هذه الاضطرابات بدرجة عالية من الموثوقية بعد عمر (16) الست عشرة سنة.

وبينما تعود أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية إلى اخلالات بيولوجية وراثية أو بيئية في جسم الفرد، وتربوية مرتبطة بتنشئته في الأسرة والمدرسة

والبيئة المحلية، وبتطوره الاجتماعي بوجه عام،، فإن علاج هذه الاضطرابات يتم بطرق نفسية غالباً مثل: الطرق النفس تحليلية والادراكية والسلوكية ومجموعات التدريب والأصول المرضية والغشتالتية وغيرها.. وبالأدوية أحياناً أخرى.

ويهدف العلاج هنا إلى تحقيق أمرين: تصويب وتفعيل مهارات التعامل مع البيئة بإعادة تأسيس وتقوية وصيانة آليات التكيف: أي تجديد وترسيخ دفاعات الفرد النفسية وتطوير عادات اجتماعه المدني في المواقف اليومية المتنوعة للناس، ثم بناء أو إعادة بناء مهارات التفاعل البناء مع الآخرين.. يستعيد الفرد نتيجة ذلك عافيته النفس اجتماعية: بالعودة إلى العادية السلوكية المتعارف عليها في البيئة المحلية، وتفعيل دوره الفاعل في المجتمع المدني.

أعراض عامة للاضطرابات النفسية والسلوكية

إن أعراض الإضطرابات النفسية والسلوكية، تبدو على شكل تناقضات وتشوّشات في الميول والسلوكيات في مختلف أوجه ومواقف التصرف الإنساني،، وذلك بدرجة حادّة ومتواصلة أو مستديمة (نسبياً). إن أهم هذه الأعراض تبدو في الأنواع التالية:

1- عدم المرونة والإنحرافات السلوكية في:

- ❖ أساليب الإدراك المُوظفة في فهم الذات والآخرين والمواقف التي يعيشها الفرد.
- ❖ الانفعالات بأنواعها وكثافتها والقدرة بها على الاستجابة المناسبة للآخرين.
- ❖ التصرفات الاجتماعية اليومية.
- ❖ ضبط النوازع الفردية.

2- معايشة نوبات واضحة من الاكتئاب، المعيق لآليات الحياة الاجتماعية والمهنية العملية والمجالات الإنسانية الأخرى.

3- تناول المهدئات والمخدرات والكحول.. أو الإدمان على سلوكيات ومواد أخرى تأخذ الفرد بعيداً عن العادية السلوكية أوالاجتماعية للبيئة.

عشر مؤشرات تحذيرية لعدم عادية الشخصية

أو لخطورة ضعف الصحة النفسية والسلوكية

فيما يلي عشر مؤشرات سلوكية نفسية لخطورة الانحراف أو الاضطراب الشخصي.. وإذا لم يتخذ الفرد المعني الاحتياطات اللازمة لتصحيح وتقوية دفاعاته الشخصية للتكيف والعيش بسلام مع نفسه والآخرين في البيئة، فإنه يكون عرضة للانهيارات الشخصية لا محالة. تبدو هذه المؤشرات بما يلي:

1- برودة أو هدوء المشاعر. يبدو الفرد دائماً محتوياً لنفسه ومُجاملاً وبعيداً عن الانفعال، خاصة أمام الآخرين. فلا يبكي أبداً ولا يضحك إلا نادراً.. يوصف هذه الفرد بأنه شخص بدون دموع.

2- الجدية في المظهر والسلوك، يعمل دائماًُ الشيء المناسب، دون أي شيء غير عادي، ولا يبدو مرحاً أو عفوياً أو مختلفاً و متنوعاً عن الآخرين، أو مبدعاً مجدداً، لاعتقاده بأن المرح واللهو هما من عادات الصغار أو الأطفال. يوصف هذا الفرد بأنه قاسي النظرة والتوجّه.

3- جمال التصرف، يتصرف الفرد دائماً بطريقة حسنة بالرغم من كراهيته للجهة التي يتعامل أو يتحدث معها، ولا يُعبّر أو يقول شيئاً عما يفكر به. يوصف الفرد هنا بصاحب الابتسامة غير المناسبة أو المتصنّعة.

4- صحة العمل دائماً، يعمل الفرد كل شيء بالصيغة الصحيحة (أو المتوقعة) في البيئة. يضع الملابس المناسبة، ويقول الأشياء المقبولة، ويتعامل مع الناس كما يُتوقع منه في الموقف. يَعرف أن هناك طريقة أو خياراً صحيحاً واحداً فقط وهي طريقته أو اختياره الخاص.. يوصف الفرد الحالي بأنه دائماً مهيأ للتوافق مع الآخرين.

5- خمول المظهر وأساليب الحياة. يبدو في حديثه وأسلوب حياته ومكان عيشه أوعمله والتعامل مع الآخرين وما يمتلك من أشياء.. بليداً وجامداً وغير حيوي،، مهما كانت الظروف المحيطة. ويكون في هذه الحالات النفسية غير الصحيّة خاوي النفس والمشاعر.. أي ميتاً في الحياة. يوصف هذا الفرد بأنه جامدالحركة أو النشاط.

6- مطيع السلوك. يحاول دائماً عدم إثارة حفيظة الآخرين، خاصة من هُم في مركز السلطة.. إنه يشعر بالأمان النفسي في محاولة إطاعة الأوامر أو التعليمات دائماً. إنه يضع باستمرار نُصْب عينيه ما يجب أن يكون أو ما هو مناسب للموقف، قبل إعتبار مبادئ التصرف القويم أو مُتطلبات الحياة السوية. يوصف مثل هذا الفرد بأنه حاضر التكيف أو يعمل بردود التكيف.

7- مذعن سهل الإنقياد للآخرين. فكل من يصادفه أو يقول له شيئاً يكون في نظره صحيحاً وحقيقياً أو على حق.. إن ما يقترحه الطبيب أوالمسؤول أو ما يذيعه أو ينشره الإعلام بدءً من التلفاز والراديو وانتهاءً بالصحف ووكالات الأنباء،، هي في نظره صحيحة أو فعلية في الواقع. يوصف الفرد هنا بامتلاكه اضطراب السذاجة.

8- منعزل المشاعر.. فهو فاقد الإحساس بنفسه وبالعالم الواقعي حوله، وما يجري فعلياً مع الناس.. يصعب عليه الإحساس بمعاناة الآخرين.. وتراه يختار الطريق السهل في الحياة دون اعتبار لما يجري حوله. يوصف الفرد الحالي بمعاناته الشديد ة من عمى الحس والمشاعر.

9- عدم الثقة بالنفس. يتعلم هذا الفرد في المدرسة أن المهم دائماً هو الانتباه للمسؤول، وعدم الاعتماد على إدراكه في التصرف أو التعامل مع الأمور.. يتعلم الشيء ويستمر فيه بدون نهاية أحياناً.. وإذا لم يعالج هذا الوضع مبكراً.. فإن الفرد يتحول إلى حالة من الوسواس فيما يقوم به. يوصف الفرد هنا بأنه يعيش في دوّامة.

10- الحجز أو الحصار النفسي، يفقد الفرد كل شعور بمجريات الحياة في الواقع.. ولا يُبـدي إكتراثـاً تجاه أي شيء مهما كان مدمراً او متطرفاً أحياناً.. يوصف الفرد الحالي بأنه أليف أو" مُدجّن ".

التشخيص: إذا لوحظ على الفرد مؤشران من العشر أعلاه، فإنه يعتبر نسبياً في حدود المعقول،، مـع وجود بعض المعاناة المرضية. إن الحقيقة التي قد يغفلها العديد من الناس هـي: أنه لا يوجد فـرد صحيح نفس اجتماعيـاً 100%، حيـث يعتقـدون خطـأً أن الفـرد يمكـن أو يجـب أن يكـون كـاملاً ومتكاملاً؟! وبالطبع، فإن مثل هذا الأمر يبدو مستحيلاً للإنسان، لأن الكمال هو صفة غـير متاحـة لأحد سوى الـلـه!

ومن هنا، فإن ما يستطيع الفرد عملـه هـو الإنطـلاق " للـدنيا " أو" الحيـاة ".. والتفاعـل مـع الناس وتجديد الحيوية والنشاط وأساليب المعاش اليومي،، والقـراءة والإطـلاع عـلى مـا يُتـاح مـن أدبيات الصحة النفسية والنفس اجتماعية ومواصفات لشخصية السوية أو القوية... والتحدث مع الآخرين،، وخاصة من يفيد من ذوي الإختصاص والخبرة حول بدائل التحسين للأفضل.

الإخلالات أو العيوب الجسمية سبباً للاضطرابات النفسية والسلوكية

تظهر الإخلالات أو العيوب الجسمية مبكراً في العادة مع الـولادة.. ومـع نموالطفـل تـدريجياً نحو الرشد وحياة الكبار، تتفاقم الآثار الـسلبية لهـذه الإخـلالات،، لتبـدو عـلى شـكل اضـطرابات شخصية ينحرف نتيجتها الفرد عن العادية السلوكية للاجتماعات المدنية اليومية للناس.. كما يفقد القدرة والرغبة في آن على المبـادرة في تأسـيس علاقـات شخـصية مـع الآخـرين والتعـاطف البنـاء معهم. من أمثلة الإخلالات الجسمية التي تظهر مع الولادة وتؤثر سلباً فيما بعد على سلوك الفرد الاجتماعي المدني واضطراباته الشخصية، العينة التالية:

1- **التشوّهات الخَلقيـة**: وتظهـر عنـد الـولادة عـلى شـكل أعطـال أو إخـلالات في الجـسم ووظائف الأعضاء نتيجة عدة عوامل خارجية تتدخل سلباً في نمو الجنـين داخـل رحـم الأم أهمهـا: تَعرّض الأم للإشعاع والحمّى (الارتفاع الحاد لحرارة جسم الأم نتيجة التهـاب أو مـرض محـددين) والمواد الكيماوية (الناجمة مثلاً عن التدخين وشرب الكحول وسـموم المخـدرات والمـواد الحافظـة والنكهات في المشروبات والأطعمة المجمدّة أو المعلبة...) والعـدوى مـن أمـراض سـارية ناقلـة، أو مرض متقدم للأم... كل هذه الأسباب وغيرها في الواقع، تـؤدي بـالجنين إلى الاجــهاظ حينـاً أو إلى تشوّهات خَلقية عند الولادة أحياناً أخرى.. الأمر الـذي يـوفر للمولـود اسـتعداداً فطريـاً لإعاقـات نفسية وسلوكية عند الرشد في المستقبل.

2- **الأسباب الوراثية**: تبدو أعراض بعض الاضطرابات الوراثية ظـاهرة للعيـان مـع الـولادة. وتحدث الإخلالات الوراثية نتيجة عطب جينة وراثية أو أكـثر.. أو مـن شـذوذ واحـد أو أكـثر مـن الكرموسومات (46) كرموسوماً المكونة في العادة للخلية الإنسانية.

وقد يبدو الوالدان عَفيّين صحياً بدون أي اضطراب وراثي.. ولكن الذي يحدث في الأرجـح هـو أن واحداً منهما أو الاثنين معاً يحملان جينات غير عادية.. لكنها خاملــة أو خامـدة غـير نـشطة.. وعند تفاعل هـذه الجينـات الخاملـة لـدى الأب والأم مـع نظيراتهـا النـشطة عنـد القـرين الآخـر بالزواج،، فإن خللاً وراثياً يحدث على الأرجح لدى الأبناء.. ومن هنا في الواقع تأتي الحكمة العلمية التي حضّ عليها الإسلام في أمر الزواج بالحديث النبوي الشريف(غرّبوا الزواج)، وذلك قبـل قـرون عديدة من الكشف العلمي بالتجريب لهذا المبدأ الجيني- الوراثي الهام.

فإذا كانت على سبيل المثال الجينة (A) نشطة لـدى الأب ونظـيرة لهـا خاملـة لدى الأم (a)،، فإن النتيجـة الوراثيـة في الأبنـاء قـد تبـدو بإحـدى الـصيغ التاليـة:

AA أو aA أو Aa أو aa.. وهنا إذا حدث أن كانت الجينة (a) معطوبة فإن 25% من الأبناء يحمل الصفة الشاذة لهذه الجينة.

3- **الأسباب البيئية الخارجية**: سواء كانت هذه الأسباب البيئية منفردة مباشرة أو مجتمعة مركبة تُحيط بالأم.. فإنها تمارس تأثيراً ضاراً على نمو الجنين وصحته الجسمية الوراثية أثناء تكوينه داخل الرحم، مؤدياً ذلك لتشوهات متنوعة بحسب نوع ودرجة التأثير الذي تمارسه على الحميل.

فالإشعاع الذري الناجم عن التفجيرات النووية، والتصوير الشعاعي (بأشعة وغيرها)، والمواد الكيماوية التي تحتويها بعض الأطعمة المحفوظة، والتدخين، والمشروبات الكحولية والمخدرات والأحياء (مثل الأسماك والخضار والفواكه) المسممّة بإشعاعات نووية أو نفايات كيماوية / صناعية.. والالتهابات ودرجات الحرارة المرتفعة التي تتعرض لها الأم خلال الحمل.. تؤثر كلها على صحة نمو وجسم الجنين.. ظاهراً ذلك على شكل إعاقات عقليـة أو شكلية محددة،، وبالنتيجة اضطرابات شخصية عضوية بيولوجية وإدراكية وانفعالية وسلوكية، نتناولها بالتوضيح والعلاج في هذا العمل العلمي.

كشف الإخلالات الجسمية لدى الأبناء

لقد أمكن نتيجة الاكتشافات الطبية / الصحية المتسارعة، كشف العيوب الوراثية والبيئية في الجنين داخل الرحم قبل الولادة. فبعض الأمراض مثل فقر الدم (الأنيميا) sickle cell anemia، يتم علاجها مسبقاً بالتعرف على الجينة المُسبّبة لهذا المرض في الوالدين.

أما عن الجنين داخل الرحم، فاختبارات السائل المحيط به في الرحم، وفحص خلايا مأخوذة من هذا الجنين أو عينة دم مأخوذة من الحبل السري.. والمسح الصوتي (the Echo أو ultra sonography) لكشف الإخلالات الخَلقية في الجنين أو جنسه أو عدده (توأماً أو أكثر)، وتحليل عينة من دم الأم.. يمكن بها تحديد طبيعة الإعاقة التي قد يعانيها الأبناء قبل الولادة

(وبالتالي تلافيها بالعلاجات المناسبة).. أو خلال الحمل حيث يتم التصحيح المعملي أو بإجراء العمليات الجراحية للجنين داخل الرحم قبل الولادة.

*****

الموضوع الثاني

تمكين الأسرة من التعامل مع الإضطرابات

النفسية والسلوكية للأبناء

كيف يمكن للأسرة مساعدة أفرادها باضطرابات عقلية

إن الإضطرابات العقلية هي أساس كل ما يعانيه الفرد من إضطرابات وإنحرافات نفسية وسلوكية أخرى.. وهي في المبدأ أول نوع من الإضطرابات النفسية أو أيضاً ما نُسميه إضطرابات الشخصية. فإذا إستطاعت الأسرة التعامل البنّاء مع هذه الإضطرابات.. فتستقيم بالنتيجة قراراتها وتوجّهاتها وتصّح حياتها بوجه عام. يمكن للأسرة تحقيق النتائج المأمولة هنا، بإعتبار ما يلي.

التثقيف حول الاضطرابات العقلية: بواسطة وسائل عامة في متناول الأسرة مثل:

1- قراءة كتاب أو مذكرات أو يوميات أو ملاحظات تخص إنساناً عانى ويعاني من إضطرابات عقلية محددة.. سواء كانت هذه المعلومات مكتوبة أو مسجلة سمعياً / بصرياً من الفرد المريض نفسه أو من أحد أعضاء الأسرة.

2- الإطلاع على مصدر مكتوب أو سمعي / بصري أو إلكتروني بالانترنيت، تمّ تحضيرها من شخص مهني مُتخصص بالإعاقات أو الاضطرابات العقلية.. ولما كانت الاضطرابات العقلية متنوعة (أي ليست نوعاً واحداً) وبهدف مزيد من التركيز وتوفير الجهد والوقت، فيمكن لأفراد الأسرة حصر إطلاعهم في الكتاب أو المصدر المتاح لهم على نوع الاضطراب العقلي الذي يعاني منه أحدهم. كذلك يستطيعون الاسترشاد لمزيد من المعلومات بالإطلاع على المراجع الخاصة بنوع الاضطراب العقلي في الكتاب أو المصدر الذي يقرءونه.

3- الاستماع بعناية للمضطربين عقلياً : يركز أفراد الأسرة هنا على تمييز:

- أي تعبير مباشر وغير مباشر، خفيف أو قوي،، يـشير إلى رغبـة الابـن أو الابنـة بالانتحـار أو التهديد أحياناً بارتكابهما الانتحار نتيجة مشاكل المعاناة والألم واليأس التي تعصف بالواحد منهما.. فإذا لوحظت هذه التعبيرات أو التهديدات، فيتطلب الأمـر مـن الأسرة اسـتدعاء الطبيـب النفـسي فوراً لأخذ الاحتياطات الضرورية تجنباً لمخاطر الانتحـار، والعمـل عـلى العـلاج الـذي يـساعد عـلى الخروج (نسبياً على الأقل) من الأزمة النفسية التي يعيشانها.
- أي حاجات يطلبها الابن أو الابنة للتخفيف من آلام الاضطرابات العقلية سواء كانت هـذه الحاجات نفسية عاطفية بالاستماع لها والتعاطف معهما.. وتفهم معاناتهما وتشجيعهما عـلى قـول كل ما يشعران به، وطلب المساعدة كلما احتاجا لـذلك... كـما يمكـن لـلأسرة هنـا تثقيـف ابنهـا أو ابنتها تدريجياً عـلى شـكل جرعـات معلماتيـة، بخـصوص حقـائق وخـبرات وصـعوبات الاضـطراب العقلي لديهما.

التسامح في التعامل اليومي مع الآخرين :

وسواء كان هؤلاء الآخرون ابن أو ابنة يعانيان من الاضطراب العقلي، أو الناس المحيطـين بـالأسرة،، فيراعى في هذا الإطار ما يلي :

1- التسامح مع الابن أو الابنة بالصبر وطول البال وعدم الغضب منهما أو تعنيفهما، عنـد عـدم القدرة على العناية بحاجاتهما اليومية أحياناً، فيما يخـص الغـذاء والنظافـة واللبـاس وغيرهـا.. مـع المحاولة دائماً سد حاجاتهما في أوقاتها.

2- التسامح مع الابن أو الابنة بخصوص عدم قدرتهما على القيام بواجباتهما نحـو أعـضاء الأسرة من أب وأم وأخوة وأخوات.. الأمر الذي قد يتركهم أحيانـاً معـزولين جانبـاً بحاجـات لا يـستطيعوا تسديدها بأنفسهم.. حيث التسامح مع الابن / الابنة والصبر على الحال يكـون دواءً نفـسياً للبقـاء الحياتي الأفضل.

3- التسامح مع الناس المحيطـين حيـث يلاحـظ عـلى بعـضهم التجنـب والنظـرة الدونية أحياناً لـلأسرة بـسبب ابنهـا / ابنتهـا المـضطربين عقليـاً.. إن تجاهـل مثـل

هذه النظرات أو التعاملات العنصرية الشاذة، والصبر عليها والتسامح معها يريح الأسرة نفسياً ويساعدها على الاستمرار في حياتها اليومية كالمعتاد.

4- عقد اتفاق مع الابن أو الابنة لتذكيرهما ومحاولتهما عمل شيء أفضل للتصحيح أو التهدئة عند نوبات الاضطرابات العقلية.. وذلك باستعمال وسائل يستعملانها أو يعرفانها جيداً بشكل يومي، مثل العناية بمفتاح المنزل أو خزانة الملابس أو جهاز التحكم عن بعد للتلفاز، وغيرها مما يمكن للأسرة.

قبول واقع الاضطرابات العقلية، بواسطة:

1- قبول أعضاء الأسرة لحقيقة معاناة الابن / الابنة من الاضطرابات العقلية، فتستقر نفوسهم أكثر ويساعد الابن / الابنة على قبول مرضهما.

2- قبول أعضاء الأسرة لواقع الاضطرابات العقلية، يساعدها في تجنب ردود الفعل السلبية مثل: التذمر والغضب من سلوك الابن / الابنة المضطربين عقلياً.. كما يُمكّنهم نفسياً من توفير التعاطف والدعم والتعزيز التي يحتاجها الابن / الابنة.

3- تَحدّث أعضاء الأسرة الكبار معاً ومع الأطفال داخل الأسرة أيضاً عن الاضطرابات العقلية التي يعاني منها الابن / الابنة.. للمساعدة في تفهم الجميع للظروف والصعوبات التي تواجهها الأسرة وكذلك المريض نفسه. يساهم هذا التفهم على دعم جميع أعضاء الأسرة بما فيهم الأطفال للمريض بإضطرابات عقلية،، وبالنتيجة البقاء الحياتي المقبول للمريض، بالرغم من الظروف القاسية التي تعيشها.

4- الانضمام إلى مجموعات من الأسر تعاني من نفس الاضطرابات العقلية لأبنائها / بناتها.. واستشارة معالج نفسي متخصص بهدف التوجيه والإرشاد الى أساليب مساعدة نفسياً ومادياً لمرضاهم.

اعتناء أعضاء الأسرة بأنفسهم، بواسطة:

1-التخفيف من الضغوط والمعاناة النفسية التي قد تسببها الاضطرابات العقلية للابن / الابنة، بأخذ الأسرة الأمر على عواهنه: قضاء وقدراً من الله لا تستطيع رده، وباعتبار صلة الدم أو الرحم التي تربطهما بالأسرة ثم بمراعاة التوصيات السابقة جميعاً.

2-اعتناء أعضاء الأسرة بالنفس والمشاعر والحاجات الفردية.. أي إعتناؤهم أولاً بأنفسهم حتى يستطيعوا من حيث المبدأ مساعدة الابن / الابنة العناية بنفسيهما، ثم العناية بهما كلما دعت الحاجة.

3-تذكير الابن / الابنة بأخذ جرعاتهم الدوائية في أوقاتها.. لتجنب التشوش الإدراكي وضعف الذاكرة والتركيز التي تحدث نتيجة الاضطرابات العقلية غالباً، ثم لتمكينهما من القيام بالمسؤوليات اليومية في مواعيدها والتصرف بصيغ مقبولة بوجه عام.

دور العلاج في شفاء الاضطرابات النفسية والسلوكية

يجد الكثير من الأفراد في البلدان المتقدمة مخرجاً لاضطراباتهم النفسية والسلوكية التي نقدمها في هذا العمل العلمي، وغيرها مثل الاكتئاب والصعوبات الانفعالية والإجتماعية الأخرى، بالعلاج النفس سلوكي.. بالرغم من قطع بعضهم لهذا العلاج أو انسحابهم منه. والنتيجة؟ إستعادة هؤلاء لأدوارهم العملية والإجتماعية الفاعلة في الإجتماعات المدنية اليومية.. وتمكينهم مُجدداً من صناعة قراراتهم وتوجيه فعالياتهم اليومية والمستقبلية للأفضل.

أما في البلدان النامية، فالوقت لم يَحن بعد لملايين المعذبين بالإضطرابات النفسية والسلوكية، واضطرابات الاكتئاب والانفعال والكفاح السلوكي المحموم من أجل البقاء.. فالبلدان النامية تبدو مشغولة بالفتن والحروب الداخلية مع نفسها ومع الخارج، ومُنهكة من حُمّى فسادها، وضعيفة متأخرة في أولويات حياتها وتطلعاتها الحضارية؟!.. فتستمر عذابات الناس حتى الموت، دون إنتباه يُذكر لسد حاجاتهم الفطرية المحسوسة حتى من الخبز والماء.. فكيف الأمر بحاجاتهم النفسية غير المرئية للعيان في عديد الأحيان الأخرى؟!

أسباب تدعو الأفراد لطلب العلاج النفس سلوكي :

إن أشد الأسباب الداعية غالباً لطلب العلاج النفس سلوكي، هي معاناة الأفراد من أمراض الاكتئاب أو الانفعال أو الإدمان المجحف على المخدرات وصعوبات التعامل مع الآخرين. ففي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد 25% من مجموع السكان من عانى في حياته نوعاً من الاكتئاب أو القلق.. كما يوجد 33% من المجتمع الأمريكي خبروا في حياتهم أيضاً مشاكل انفعالية وإدماناً على المخدرات.. ومهما يكن، فإن من الأسباب العامة التي تثير الأفراد للجوء إلى العلاج النفس سلوكي، العينة التالية :

1- الشعور بإحساس عارم طويل من الحزن واليأس أو العجز الكامل عن أداء أي شيء، الأمر الذي أفقدهم حق الأمل في الحياة.
2- معايشة صعوبات انفعالية شديدة تشل قدرتهم على التصرف في الحياة اليومية.. فهم عاجزين عن التركيز على مسؤولياتهم.. مؤدياً بإنجازهم الوظيفي أو التربوي أو الأسري أو الاجتماعي مع الآخرين في البيئة، إلى التدهور لدرجة غير قابلة للاحتمال.
3- الأذى الشديد الذي تلحقه تصرفات الفرد بنفسه أو بالبيئة.. فالفرد المدمن أو المخمور طيلة أربع وعشرين ساعة في اليوم، يشكل عدواناً محتملاً على نفسه أو المحيطين به، الأمر الذي يجب معه التحويل فوراً للعلاج.
4- الصعوبات الانفعالية غير المحتملة التي يشعرون بها نتيجة الاضطرابات النفسية أو المشاكل التي يعيشها أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء المقربين..

فعالية العلاج في شفاء الاضطرابات النفسية والسلوكية :

تفيد نتائج الأبحاث إلى أن العلاج النفس سلوكي، يبدو فعالاً في الحدّ من الاكتئاب والقلق والأعراض الاضطرابية الأخرى مثل: الإعياء أو الإجهاد والألم والغثيان nausea وغيرها مما نقدمه في هذا العمل العلمي.

كما تؤكد البحوث أيضاً على أن هناك ارتباطاً بين الصحة الجسمية و النفسية الانفعالية. فالأفراد الذين تمّ علاجهم نفسياً عاشوا لسنوات أكثر بعد إجرائهم جراحات القلب والسرطان.. وأن الأفراد بصعوبات انفعالية، الذين تعرضوا لعدة جلسات من العلاج النفسي بدوا أكثر صحة نفسية واستقراراً من الآخرين الذين لم يخبروا مثل هذا العلاج.

وعلى العموم، تلخص نتائج البحوث أن 50% ممن تعرضوا للعلاج النفس سلوكي، خبروا تحسناً في حالاتهم الاضطرابية بعد ثماني جلسات فقط، بينما تَحسّن 75% منهم بعد مضي ستة أشهر من العلاج.. إن هذه النتائج الإيجابية لعلاج الكبار، هي مؤكدة أيضاً لدى الصغار.

إختيار المعالج النفس سلوكي المؤهل :

إن المعالج النفس سلوكي الذي ينجح في تصحيح نوع من الاضطرابات النفسية والسلوكية، قد لا يكون كذلك في أخرى.. ومن هنا، يُتوقع من الفرد الذي يعاني من أحد الاضطرابات النفسية، بَحث عدة بدائل من المعالجين لأجل اعتماد واحد أكثر جدوى وقدرة لشفاء حالته. من الإجراءات التي يمكن القيام بها للوصول إلى القرار المناسب في هذا الإطار، ما يلي :

1- التشاور مع أعضاء الأسرة والأصدقاء والاستماع لاقتراحاتهم، خاصة لمن لديه خبرة جيدة في العلاج النفسي.

2- الرجوع إلى الروابط المتخصصة النفس سلوكية التي لديها خدمات استشارية، تصل الأفراد المضطربين بعيادات العلاج النفسي المناسبة. يوجد على سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية مثل هذه الخدمات الاستشارية باسم: وكيل الممارسين لرابطة النفسيين الأمريكيين هاتف (5800 -336-202). تقدم للأفراد المعنيين اسم وعنوان الجهة المناسبة في كل ولاية بالولايات المتحدة الأمريكية.

3- الرجوع إلى الطبيب الخاص للفرد أو للأسرة. والاستفسار منه حول أفضل الجهات القادرة على علاج حالته الاضطرابية النفس سلوكية. يتوقع من الفرد توضيح حالته الاضطرابية بالتفصيل حتى يستطيع الطبيب تحويله، أو التوصية بمراجعة الجهة الأكثر جدوى لعلاج الاضطراب لديه.

4- الرجوع إلى دليل الهاتف بشأن المراكز أو الروابط المُتخصّصة بالعلاج النفس سلوكي.. واختيار الخدمة الناجعة لحالة الفرد. ينتهي الفرد بقائمة تحتوي عدة جهات مناسبة مختصة بالعلاج النفس سلوكي.. وهنا يعمد من أجل الوصول إلى القرار النهائي لإختيار الجهة الفعلية للعلاج، إلى الاتصال بكل جهة ومقابلتها والاستفسار منها عما يلي :

- طبيعة التخصص الدقيق المرخص للعمل به.
- طريقة العلاج النفسي التي يتبعها.
- نوع التأمين الذي يشترك فيه للتعويض عن الضرر الذي قد يحدث خلال العلاج.
- الرسوم التي يتقاضاها مقابل خدماته في العلاج النفسي المباشروغير المباشر.

مبادئ الاستفادة القصوى من العلاج النفس سلوكي :

تحدث عملية العلاج النفس سلوكي بوجود جهتين يرتبطان معاً بعلاقات عمل طيبة. هما: المعالج المختص والفرد بالاضطراب النفس سلوكي. ومن هنا، حتى يتمكن الفرد من الاستثمار الأمثل لهذه العملية العلاجية خلال تفاعله مع المختص، يتوقع قيامه بما يلي :

1-الاتصال المنفتح مع المعالج، ومحافظة كل منهما على علاقات مشجعة بناءة خلال عملية العلاج.

2-اتفاق الفرد والمعالج منذ البداية على أنواع المشاكل التي سيتم تصحيحها والأهداف العلاجية لتحقيقها وكيف تصل عملية العلاج لذلك.

3-تعريف المعالج تماماً لما يتوقع منه في العلاج، والتحدث فوراً معه حول أي صعوبات أو مستجدات قد تبدو معيقة لعملية العلاج.

4-حضور كل الجلسات المقترحة للعلاج النفس سلوكي،، دون أي أعذار أو إنقطاع أو تسرب مهما كان، لتواصل وتركيز فعالية العلاج من جلسة إلى أخرى.

5-إعداد عضو الأسرة مسبقاً لمتطلبات جلسة العلاج والتفكير فيما سيحدث فيها.. والمواضيع أو النقاط الهامة التي تلزم مناقشتها مع المعالج وصولاً للنتائج المطلوبة.

تقييم النتائج النفس سلوكية في حصول الفرد على الشفاء المطلوب :

إن أهم المبادئ الإجرائية التي يمكن استخدامها للتحقيق من فعالية العلاج النفس سلوكي في شفاء الاضطراب المطلوب، تبدو بما يلي :

1-تحديد أهداف العلاج الذي بدأ بها عضو الأسرة مع المعالج المختص، لاستخدامها معايير مرجعية لتحديد فعالية العلاج في إحداث الشفاء المطلوب.

2-مفاتحة المعالج المختص بأي صعوبات أو حيرة أو فقدان التوجه العلاجي العام مع مضي فترة لا بأس بها في عملية العلاج النفس سلوكي. ويجب من عضو الأسرة عدم التردّد في مصارحة المعالج المختص فور مواجهته لمثل هذه الخبرات، وعدم السكوت على ذلك تجنباً للمخاطرة بهادفية وجدوى العملية العلاجية برمتها.

3- الانتباه لأحاسيس الصعوبة والحرج التي يشعر بها عضو الأسرة عند مناقشة الخبرات المؤلمة أو المزعجة مع المعالج.. فعندما تلاحظ هذه لدى

عضو الأسرة، فيشير ذلك لبدئه الشفاء من الاضطرابات النفس سلوكية، نتيجة المراجعة والتأمل في أفكاره وسلوكياته وبدء المحاسبة العقلانية على ما يبديه من تصرفات.

4-مراجعة عملية ونتائج العلاج مرحلياً كل فترة، والتحقق من نوع ودرجة التقدم الذي يحصل لديه، والبدائل الممكنة التي يستطيع بها تفعيل هذا العلاج..

5-التحول إلى معالج مختص آخر إذا وصل عضو الأسرة مع معالجه إلى طريق مسدود، بسبب إهماله وعدم اهتمامه وتجاهله لمشاعر وحاجات عضو الأسرة.. ويفضل هنا استشارة عضو الأسرة لطبيب الأسرة أو لمختص آخر قبل اتخاذ قرار بالتحوّل من معالجه السابق إلى آخر يتوقع أن يكون أنجع وأكثر اعتباراً لحاجاته.

*****

إضطرابات انحلال الشخصية لدى الأبناء

مفهوم وأنواع اضطرابات انحلال الشخصية

إن اضطرابات انحلال الشخصية Dissociative Disorders هي مسمى جديد لآخر سابق موازي هو اضطراب الشخصية المتعددة Multiple Personality Disorder.. وتعني تشتت أو عجز استقبال عضو الأسرة إدراكياً لمحيطه وذاكرته وهويته ووعيه الشخصي العام. وتصيب الاضطرابات الحالية النساء أكثر من الرجال بنسبة 5 إلى1، أي خمس مرات أكثر من الرجال. كما تظهر اضطرابات انحلال الشخصية غالباً في الكبر عند الرشد، مع إمكانية ظهورها لدى بعض الإبناء في وقت مبكر من عمرهم خلال المراهقة والطفولة أحياناً. أما أنواع إضطرابات انحلال الشخصية، فيوجد منها أربعة هي:

1- اضطراب انحلال الذاكرة، أي آفة النسيان أو فقدان الذاكرة Dissociative Amnesia.

2- اضطراب شرود الذهن أوالسرحان Dissociative Fugue.

3- اضطراب انحلال الهوية الفردية Dissociative Identity.

4- اضطراب فقدان الإحساس بالذات، أو إنحلال الذات Depersonalization Disorder.

مؤشرات تحذيرية لاضطراب انحلال الشخصية لدى الأبناء

يلاحظ اضطراب انحلال الشخصية بالأنواع أعلاه، بالمؤشرات التالية:

1- اضطراب انحلال أو فقدان الذاكرة: يبدو الاضطراب الحالي عندما لا يستطيع الأبناء تذكر معلومات أو حوادث وخبرات هامة ارتبطت بصدمات

نفسية سابقة، مؤدياً ذلك إلى حدوث فجوات زمنية في تاريخهم الشخصي.. تماماً كما يحدث في ذاكرة الكمبيوتر الصلبة فيما يسمى بالقطاعات الرديئة Bad Sectors التي تفقد المعلومات فيها لتظهر على الشاشة فجوات سوداء خالية، أو غير قابلة لتخزين المعلومات مرة أخرى.

2- اضطراب شرود الذهن: ويظهر لدى الأبناء بالسرحان أو التوهان أو عجز القدرة على التركيز بوجه عام، وعدم الوعي لما يجري أو يقومون به من تصرفات أو أعمال.. فيلاحظ الواحد في متنقلاً من مكان إلى آخر، أو مسافراً بدون هدف إلى منطقة أو بلد آخر.. حيث يؤسس لدى البيئة الجديدة اسماً وهوية وتاريخاً شخصياً جديداً، نظراً لفقدانه معظم أو كل الماضي الذي عاشه سابقاً.. وإذا رجع إلى ذاكرته مرة أخرى، فإنه على الأرجح لا يستطيع استعادة ما قام به خلال فترة اضطرابه الذهني أوالسرحان اللذين مرّ بهما.

3- اضطراب انحلال الهوية الفردية: يخبر الأبناء بهذا الاضطراب هويات أو شخصيات متعددة.. حيث تتداخل هذه الشخصيات المتعددة معاً في التوجّهات والسلوك.. فبينما يخبر الواحد على سبيل شخصية (X)، فإن شخصية (Y) تمارس ضبطاً أو تأثيراً على قرينتها (X)، مؤدياً به لعدم القدرة على تذكر معلومات هامة اجتماعية أوشخصية تخصه.

4- اضطراب إنحلال الذات. يتعامل الواحد من الأبناء بهذا الاضطراب مع نفسه وكأنه شخص آخر.. فيبدو هنا مخبولاً أو أهوجاً لا يدرك ذاته.

أصول وراثية محتملة لاضطرابات انحلال الشخصية

تفيد البحوث أن الأبناء المصابين باضطرابات انحلال الشخصية لديهم أقرباء مباشرين بالأسرة: والدين أو أخوة أو أخوات أو أبناء عمومة أو خال/خالة مصابين أيضاً بالاضطرابات الحالية.

تشخيص اضطرابات انحلال الشخصية لدى الأبناء

يبدأ المختص / المعالج النفس اجتماعي بجمع بيانات تفصيلية شاملة عن السيرة الذاتية (التاريخ الشخصي) للإبن المضطرب بانحلال الشخصية،

وذلك لفهم طبيعة الإنسان الذي يتعامل معه، وتحديد أنواع ودرجات الصعوبات الاضطرابية النفسية والجسمية التي يعانيها.

بعدئذ، يتحوّل الإبن الى عيادات الصحة الجسمية لإجراء التحليلات المعملية اللازمة، وعلاج الأمراض أو النواقص التي تعتري جسمه، وتساهم في إحداث اضطرابات انحلال الشخصية لديه. وحال الاطمئنان على صحته الجسمية، يبدأ المختص / المعالج العلاج المطلوب لحالة اضطرابات انحلال الشخصية لديه.

التوجيه الأسري لعلاج اضطرابات انحلال الشخصية

تبادر الأسرة بالإتصال والتنسيق مع المختص / المعالج النفس اجتماعي.. من أجل التعامل العيادي مع أنواع اضطرابات انحلال الشخصية الأربعة الملاحظة لدى أحد أعضائها. إن عينة مما يمكن تبنيه في هذا الإطار، الأساليب والإجراءات التالية:

1- علاج فقدان الذاكرة. تتركز مهمة العلاج هنا بعودة عضو الأسرة إلى ذاكرته في أقرب وقت ممكن، إن التنويم المغناطيسي يفيد في المساعدة في استعادة هذه الذاكرة المفقودة.. كما أن بعض الأدوية مثل Pentothal (Thiopental)، تبدو مفيداً في هذا الإطار. أما الطرق النفسية الأخرى بجانب التحليل النفسي والتنويم المغناطيسي، فتعمل على تحسين آليات الدفاعات النفسية للتعامل مع خبرات الصدمة المرتبطة بالذاكرة المُستعادة من جديد.. وفهمها والتعامل معها بواقعية ومنطق، والتوصل مع المعالج إلى حلول شافية لها، والتغلب بالنتيجة على مشكلة اضطراب فقدان الذاكرة لديه.

2- علاج شرود الذهن، يعتبر التنويم المغناطيسي وسيلة هامة لوعي عضو الأسرة لذاته مرة أخرى، وتذكر حوادث الماضي التي سببت له السرحان.

3- علاج انحلال الهوية الفردية، تساعد الطرق النفسية المناسبة في تحسين قدرات عضو الأسرة على التحكم بالشخصيات المتعددة المُفتتة والمتناقضة لديه.. وإعادة دمجها مرة أخرى في هوية واحدة متناغمة ومدنية في إدراكها وميولها وتوجهاتها السلوكية العادية. إن التغيرات الانفعالية والمواقف الاجتماعية المدنية التي يتعرض لها الفرد خلال عملية العلاج النفسي، تساعده في العادة على كشف عذابات ومفاجآت صدمة أو صدمات الماضي.. والتغلب على مشاعره وخبراته السلبية نتيجتها. إن طرق وأساليب علاج انحلال الهوية الفردية الحالية تبدو فعالة أيضاً في علاج اضطرابات انحلال الشخصية الرابع: فقدان الإحساس بالذات.

*****

توهّم (تخيّل) الأبناء

مقدمة

إن التوهم (التخيل) Delusional Disorder هو تـصور عـضو الأسرة لأوهـام في نفـسـه أو الآخرين أو البيئة.. ليس لها أساس من الصحة أو الوجود في الواقع، وذلك لفترات مستمرة لـبعض الوقت أحياناً.

أنواع فرعية للتوهم

يلاحظ عموماً لدى الأفراد، الأنواع التالية:

1- توهم الحب أو الغرام مع إنسان آخر يكون في العادة أعلى مركزاً أو قيمة أومستوى من عضو الأسرة المُتوّهم.

2- العظمة بتضخيم الذات أو القيمة الشخصية والمقدرة والمعرفة والهوية الفردية أوالعلاقة مع شخص مشهور.

3- توهم الحسد بتصور عضو الأسرة لقرين أو صديق قريب، بأنه يخفي شيئاً هاماً عنـه أو أنه غير وفيّ يقوم بخيانته.

4- توهم العقاب بتصور عضو الأسرة بأنه أو أحد أقربائـه عرضـة للاعتقـال أوالمـساءلة مـن جهة رسمية محددة، أوللعنف بشكل من الأشكال.

5- توهم المرض الجسمي بتخيل عضو الأسرة بأنه ضعيف البنية الجسمية أو أنه يعاني مـن إعاقة أو مرض في صحته العامة.

6- التوهم المركب الذي يشمل أكثر من تـوهم آنفـاً بـدون كـون أحـدها طاغيـاً أكـثر عـلى الأخرى المرافقة.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة التوهم لدى الأبناء

يمكن تشخيص اضطراب التوهم باعتبار المعايير التالية:

1- التوّهمات الغريبة لمواقف تحدث عادة في الواقع مثل: التصور بأن أحداً يتبع أو يتجّسس أو يتنصّت على عضو الأسرة، أو يريد إيذاءه بالسم أو القتل أو غيرها، أو مصاب بأحد الأمراض الخطيرة،، أو أن أحداً نقل مرضاً إليه، أو يواجه خيانة من زوج أو صديق أو حبيب.. أو أنه يحب أحداً من بعيد (أي متيم به بدون فرصة للحديث معه أو لقائه).. وإذا استمر عضو الأسرة في توهّمه لواحد أو أكثر من هذه التخيلات مدة شهر أو أكثر،، فيمكن القول بأنه مصاب باضطراب التوهم.

2- نوبات تدهور المزاج المصاحبة للتوهم، وتكون قصيرة بالمقارنة بمدد التوهم الأطول عادة.

3- تصرفات وسلوكيات عضو الأسرة ولغته وتعاملاته مع البيئة خارج موضوع أو مشكلة التوهم.. تبدو عادية ولا غبار عليها غالباً.

4- مرافقة التوهم باضطرابات أخرى مثل اضطراب القلق والكآبة والعجز الجسمي والجنسي والشخصية الغريبة، أوالمتشككة أو الأنانية المركزة على الذات الفردية.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة التوهم

يتوفر للأسرة من أجل علاج مشكلة التوهم، الطرق التالية:

1- **العلاج الطبي بالإقامة العيادية في مشفى صحي** وتناول الأدوية المناسبة. وهنا، إذا كانت حالة عضو الأسرة خطيرة، عندئذ يُنصح بإدخاله المشفى للإشراف عليه والعناية المتواصلة به حتى الشفاء. أما إذا كان التوهم غير حاد، عندئذ يُعطى الوصفة الطبية الضرورية،، ثم تتمّ متابعة عضو الأسرة في تناولها خلال حياته العادية بالأسرة. ولا يُنصح بإجبار عضو الأسرة على الإقامة العيادية بالمشفى عند عدم رغبته بذلك.. لأن ذلك سيؤدي إلى استفحال توهماته الخاصة بظلم البيئة له.

2--العـلاج النفـسي. يقـوم المخـتص / المعـالج الـنفس اجتماعـي بإقنـاع عـضو الأسرة المـضطرب بالتوهم، بضرورة علاج الأعراض المصاحبة للتوهم مثل الاكتئاب أو القلـق.. دون الحـديث مبـاشرة عن اضطراب التوهم لديه. وعنـدما يُبـدي عـضو الأسرة قبـولاً لـذلك وتتأسـس علاقـة ودودة مـع المعالج.. يبدأ الأخير (المعالج) بتوضـيح كيفيـة تـأثير تـوّهمات عـضو الأسرة عـلى حياتـه وأنـشطته اليومية، بدون ذم عضو الأسرة أو توهماته أو إبداء معارضـة مبـاشرة لهـا.. إن اقتنـاع عـضو الأسرة وتحسين معرفته لنفسه، ووعيه لما يبديه من تخيلات، والنتائج السلبية التي تنعكس عـلى حياتـه،، ثم خروجه التدريجي من حالات الاكتئاب أوالقلق.. ستمكنه جميعاً مـن الخـلاص مـن التـوّهمات المعيقة لسلوكه المدني في البيئة، والعودة مرة أخرى لإجتماعاتها اليومية العادية المتنوعة.

*****

الموضوع الخامس

قلق الأبناء

مقدمة

القلـق Anxiety هـو شـعور بالـضيق مع إحـساس بخطـر التهديـد مـن موضـوع أوحـادث مجهول.. بخلاف الخوف الذي يشعر فيه عضو الأسرة بالضيق بسبب خطـر محـدد معـروف. أمـا عمر الأبناء بالقلق، فيبدو واضحاً في العشرينات.. مـع إمكانيـة معانـاة أي مـنهم في أي عمـر مـن القلق.

وبينما يعتبر القلق المعتدل أو العادي، ظاهرة عامة يعيشها معظم الأفـراد.. وضرورة لتبنـيهم التفكير والسلوك بأقصى ما تسمح به ظروف شخصياتهم في الزمان والمكان المحـددين.. فـإن القلـق الحاد هو مؤلم عاطفياً انفعالياً، يشوش بذلك تصرفاتهم في الحياة اليومية.

وتعتبر اضطرابات القلق مـن أكـثر المـشاكل النفـسية الـسائدة في الوقـت الحـاضر، خاصـة في المجتمعات الغربية عامة والولايات المتحدة بوجه خاص. حيـث تفيـد البحـوث المتعـددة في هـذا الإطار بأن 3% من الناس يعيشون القلق بصفة متواصلة، وأن نسبة 10.4 – 25.1 % من الأفـراد يعيشون مرحلياً خلال حياتهم نوعاً ما من هذه الاضطرابات المقلقة.كـما تـشير هـذه البحـوث أن النساء يعانين أكثر من الرجال من هذا القلق: 16% للنساء مقابل 9% للرجال.. أي حوالي ضـعف ما يعانيه الرجال.

كما تُرجع البحوث الإستعداد للقلق الى أصـول وراثيـة.. فـإذا عـانى الأب أو الأم مـن اضـطراب القلق، فإن أكثر من 10 % من الأبناء يعانون أيضاَ نوعاً محدداً منه لاحقاً.

وبالنـسبة لتكـاليف العنايـة الـصحية بعـضو الأسرة القلـق، فتُعـدّ اضـطرابات القلــق مــن أعــلى الأمــراض أو الاضــطرابات الشخــصية تكلفــة ماليــة. وتفيــد

مصادر متخصصة أمريكية في هذا السياق، بأن هذه التكلفة تصل خلال ستة أشهر من العلاج والمراجعات العيادية لمبلغ 2390 دولاراً مقابل 1397 دولاراً لاضطرابات أخرى غير القلق.

أنواع اضطرابات القلق

القلق هو اضطراب في الشخصية مُتعدد الأنواع. فهناك مثلاً: اضطراب الهلع Panic، واضطراب الهلع المرافق للخوف من الأماكن المفتوحة، وقلق الخوف الاجتماعي، وقلق الخوف الخاص (من أشياء وحوادث خاصة)، وقلق اضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق العام، وقلق اضطراب حصر ما بعد الصدمة. فيما توضيح لبعض هذه الاضطرابات النفسية.

قلق الهلع Panic disorder وقلق الهلع المرافق للخوف:

يبدو قلق الهلع بصيغ سلوكية مثل: انفجارات الغضب والاعتداءات ضد البيئة (من أفراد ومواضيع وأشياء)،، وذلك بدون سابق إنذار أو بدون مبرر أو منبهات بيئية تدعو لذلك. ويحدث قلق الهلع لدى عضو الأسرة من توقّع اعتداءات وما تجرّه من نتائج وتغييرات سلوكية قد تنجم عليه والبيئة نتيجة هذه الاعتداءات.

أما عندما يرافق القلق تجنب عضو الأسرة من مواقف يبدو الخروج منها صعباً، أو أن المساعدة الفردية غير متاحة له، مثل: قيادة السيارة أو المواصلات العامة أو السفر جواً، أو الوجود منفرداً أو ضمن حشد من الناس، أو التسوق في المراكز التجارية الواسعة.. فيشار لعضو الأسرة بمعاناته من القلق المرافق للخوف.

قلق الوسواس القهري Obsessive-Compulsive hisorder.

يحدث قلق الوسواس القهري عند إبداء عضو الأسرة لسلوكيات أو أفكار أو تخيلات أو محاولات قلقة متكررة للتقليل من الاضطراب النفسي الذي يساوره نتيجة الوسواس بخصوص التلوث من البيئة، أو الشك بالآخرين، أو أفكار

تخص التقاليد والمعتقدات المحلية، أوالاقتراب الحميم من الغير. من أمثلة الوساوس القهرية: غسل اليدين باستمرار، وتكرار عدّ الأشياء أو النقود التي يمتلكها، أو تنظيم أو ترتيب الأشياء بشكل متواصل، والاستمرار في سؤال الآخرين عن شيء محدد.. حيث تعتبر مثل هذه الاضطرابات القلقة مرضية.. لكونها تهدر كثيراً من الوقت بدون مبرر، بالإضافة لإحداثها ضيقاً وإزعاجاً لدى عضو الأسرة نفسه والآخرين المحيطين به في الأسرة والبيئة.

عوامل خطرة مثيرة لإضطرابات القلق

من العوامل العامة التي تطرحها الدراسات النفسية العديدة أسباباً لاضطرابات القلق هي: الخروج من اعتداءات قاسية، واضطرابات الوالدين العقلية، والدخل المنخفض، والعيش على المساعدة العامة (مثل الضمان الاجتماعي أو الجمعيات الخيرية أو أهل الإحسان..)، وخبرات أفراد الأسرة السابقة لاضطرابات القلق بما يشير للتأثير الوراثي في هذا الإطار كما نوهنا، والسلوك الوالدي في التعامل مع الأبناء مثل: التدليل الزائد والحماية الزائدة، والضبط أوالتسلط الزائد، ثم ندرة المحبة أوالتعاطف مع الأبناء.

أما العوامل المباشرة المرتبطة بكل نوع من اضطرابات القلق، فتبدو بالتالي:

- قلق الهلع: مثل حوادث الحياة الضاغطة، وتوقع حوادث سلبية ضاغطة، وتوقع تغيرات ضرورية في الأسرة أو العمل أو أسلوب الحياة اليومية، واستعمال المخدرات، والقلق خلال الطفولة، وسلوك الوالدين مثل الحماية الزائدة، وتقدم السن، ونوع الجنس (حيث المرأة أكثر قابلية لقلق الهلع من الرجل).
- المخاوف الاجتماعية: مثل انفصال الفرد خلال الطفولة عن أحد أو كلا الوالدين، والخجل خلال الطفولة، والعلاقات الاجتماعية المشوشة مع الأقران أو الزملاء، وعدم تشجيع الأسرة للعلاقات الاجتماعية، والحوادث المرعبة المفجعة.

- القلق العام أو المعمم: مثل قلق الطفولة والمرأة (عامل الجنس الأكثر عرضة لهذا النـوع مـن الاضطرابات الشخصية).
- القلق الخاص: من مواضيع أو حوادث خاصة مثـل: المـرأة (عامـل الجـنس) وخـبرة حـوادث مفجعة.
- اضطرابات حصر ما بعد الصدمة: مثل خبرة حادث مفجع أخذ حياة أحـد المعـارف، أوهـددّ الفرد مباشرة لدرجة الموت.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة القلق لدى الأبناء

يعاني الأبناء بإضطراب القلق من أعراض مَرَضية مثل: ضيق الصدر أو التنفس، وسرعـة دقـات القلب، ومغص المعدة، وآلام الرأس، والتعرّق، والرغبة الجامحة في التبـوّل،، ونوبـات مـن الهلـع أو الهيجان.

تشخيص القلق لدى الأبناء

يمكن لمختص الـصحة النفـسية تـشخيص اضـطراب القلـق، بدراسـة وتـدوين الـسيرة الذاتيـة (التاريخ الشخـصي) لعـضو الأسرة المعنـي بواسـطة المقابلـة المبـاشرة واسـتطلاع البيانـات المتـصلة بالقلق. كما يجب الانتباه أيضاً للصحة الجسمية والأمراض التي يعانيهـا في هـذا الإطـار. إن زيـادة الإفراز الهرموني للغدة الدرقية على سبيل المثال يثير في عضو الأسرة أعراضـاً مـشابهة للقلـق. ومـن هنا، يصبح لزاماً توجيه عضو الأسرة لإجراء فحوصات جسمية شاملة للتحقق مـن طبيعـة الأصـول المرضية للقلق ذات العلاقة الصحية الجسمية..

أما الأعراض الفيسيولوجية التي تبدو على عضو الأسرة بالقلق، فمنها: سرعة النـبض (أو دقـات القلب)، وسرعة التنفس، وجفاف الفم، والأيدي المتعرّقة.. وشكوى مـن الـشعور بالدوخـة ونمنمـة الأصابع والأقدام. أما سلوكياً، فيبدو القلق بعمل شيء محدد لمدة طويلـة نـسبياً لا تقـل عـن شـهر عادة.. حيث يرتبط إضطراب القلق الحالي بثلاثة عوامل هي:

1- خبرة عضو الأسرة مرة أخرى للحادث المخيف من خلال الأحلام والتصورات المزعجة والذاكرة القلقة.

2- الابتعاد فكراً وإحساساً عاطفياً عن تذكر الصدمة أو موقف الخطر الذي تعرض له عضو الأسرة.

3- أعراض تنبه زائدة مثل: النوم الزائد أو اليقظة الزائدة.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة القلق لدى الأبناء

يمكن علاج اضطرابات القلق بالعديد من الطرق العيادية النفس سلوكية وبالأدوية عموماً.. المتاحة في مجال الصحة النفسية، ولكننا نقدم هنا نوعين من الطرق العامة يستخدمان لدرجة واسعة في العلاج العيادي لاضطرابات القلق وهي: العلاج الصيدلاني بالأدوية ثم العلاج السلوكي الإدراكي.

العلاج بالأدوية Pharmacotherapy or drug therapy: وتشمل:

1- مضادات الاكتئاب مثل Momoamine oxidase inhibitors و SelectiveSSRI Serotonin reuptake inhibitor وParaxetine.

2- مضادات القلق مثل Benzodiazepines حيث أظهرت حالات تطبيبية عديدة أن هذه الأدوية مفيدة لعلاج القلق عموماً عدا المخاوف الخاصة.

العلاج السلوكي – الإدراكي Cognitive behavioral therapy

من أمثلة الطرق المتاحة في العلاج الحالي: إعادة البناء الإدراكي Cognitive restructuring بتغيير الأفكار القلقة، والتفسيرات الإدراكية والتنبؤات الموجّهة للأفكار العقلانية دون القلقة المزعجة، والتعرّض للمواضيع والمواقف المسببة للمخاوف، والتدريب على الاسترخاء بأساليبه ووسائله المتنوعة، والتعزيز والإشراف والمتابعة الأسرية، والقراءة الذاتية، والعلاج عن بعد بالهاتف والمحادثة الإلكترونية ومؤتمر الفيديو عن بعد والبريد الإلكتروني. إن دراسة

العوامل البيولوجية والنفسية لعضو الأسرة، وما تصل إليه من نتائج وتضمينات هي أساس لعلاج القلق بالطرق السلوكية - الإدراكية.

أما الطرق أو الأساليب الخاصة لعلاج اضطرابات القلق فتشير نتائج البحوث والدراسات المتخصصة بخصوصها ما يلي:

قلق الهلع: مع الطرق النفسية والصيدلانية بالأدوية ثم الثنائية (النفسية مع الأدوية) تستخدم بفعالية الأدوية التالية كمضادات للقلق والاكتئاب مثل: Benzodiazepines و Alprazolam و Imipramine و Clonazepam و Adinazolam و Clomipramine و Lorazepam و Fluvaxamine. إن التقدم في السن وطول مدة القلق والمخاوف القاسية والاكتئاب التي عاناها أو يعانيها عضو الأسرة، تؤثر سلباً على درجة التحسن التي تفرزها هذه الأدوية في علاج القلق.

قلق الوسواس القهري: يعالج هذا الاضطراب بطرق دوائية مثل: clomipramine و Sertralineو FluvaxamineوFluoxetine. أما الطرق السلوكية الإدراكية فتستعمل إجراءات مثل: التعديل السلوكي، والتعريض للأفكار والمواقف المخيفة، وإعادة البناء الإدراكي للذاكرة والتفكير، والمنع السلوكي لشعائر الوسواس القهري المتكررة.

قلق المخاوف الاجتماعية : يستعمل لعلاجها أدوية مثل: Clonazepam وPhenelzine وSertraline وBrofaromine. أما الطرق السلوكية الإدراكية فمنها: التعريض للمواقف المخيفة، ولعب الأدوار، والعلاج الإدراكي، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

القلق العام أو المعمم : ويعالج بأدوية مثل: Buspirone وmipramine وDiazepam وAlprazolam وLorazepam من مشتقات دواء Benzodiazepine. وأما طرق إعادة البناء الإدراكي والتدريب السلوكي على الاسترخاء، فقد أثبتت جدواها كما تفيد الدراسات في علاج القلق الحالي.. أكثر

من الأدوية المذكورة أو طرق التحليل النفسي والعلاج الذاتي غير المباشر None-directive therapy.

قلق المخاوف الخاصة : من مواضيع مثل بعض أنواع الحيوان، والارتفاعات الشاهقة، والأماكن المغلقة، ورؤية الدم. إن التدريب على الاسترخاء، والتعريض المباشر لهذه المواقف،، أو غير المباشر بالتصور أو استعمال المواقف المحاكية والمصورة والأفلام وشد العضلات لرفع ضغط الدم لمقاومة الإغماء المرافق للخوف من مشاهدة الدماء... تعتبر فعالة لعلاج المخاوف الخاصة الحالية.

قلق اضطراب حصر ما بعد الصدمة: تعتبر مضادات الاكتئاب مثل:Amitriptyline وDesipramine وPhenelzine فعالة في علاج القلق الحالي.. بالإضافة بالطبع لطرق العلاج السلوكي- الإدراكي التي ذكرناها في أنواع القلق الأخرى آنفاً.

*****

الحصر النفسي لدى الأبناء

مفهوم الحصر النفسي

الحصر أو الضيق أو الضغط النفسي Stress هو كبـت الأفكـار والمـشاعر والميـول والانفعـالات في داخل الأبناء، نتيجة أحاسيس القلق أوالانزعاج أوالارتباك التي تساورهم، بسبب تغيير واحد أو أكثر في الظروف المعاشة (أوالمتوقع حدوثها) في الأسرة أوالمدرسة أوالعمل أومواقف وحاجات الحياة اليوميـة.. حيث لا يستطيعون في نفس الوقت القيام بأي شيء لتحييد مصادر التهديد أوالقلق، أوالتخفيـف مـن آثارها والتغلب عليها.

ولا يعني أن تكون الحوادث التي تقلق الأبناء وتسبب لهم الحصر النفسي، هي سلبية أو مأساوية دائماً.. بل إن الأشياء المفرحة التـي تـؤدي إلى تغيـيرات جذريـة في حيـاتهم،، هـي أيـضاً أسـباب مثـيرة للحصر النفسي أحياناً.

فانتقال الأبناء إلى المرحلـة الإعداديـة أوالثانويـة، ونجـاحهم في الـشهادة الثانويـة أوالجامعيـة، أو زواجهم، أوترفيعهم لرتبة وظيفية أعلى أو تأسيـسهم لـشركة أو مـصلحة اقتـصادية أو حـصولهم عـلى منزل جديد للسكن أو وظيفة أو مبلغ من المال بعد طول إنتظار أو حاجة مادية.. هي جميعاً عوامل مسببة للحصر النفسي،، كما هو الحال مع نقيـضاتها الـسلبية أوالـسيئة مثـل: مـوت أحـد الأقـارب أو الأعزاء، أو بتهديد أو خسارة الأبناء لمبلغ كبير من المـال، أو للوظيفـة التـي يعملـون بهـا، أو فقـدانهم البيت الذي يأويهم أو لزوجهم أو إصابتهم بمرض خطير محدد أوالتعرض لحجز أو حبس.

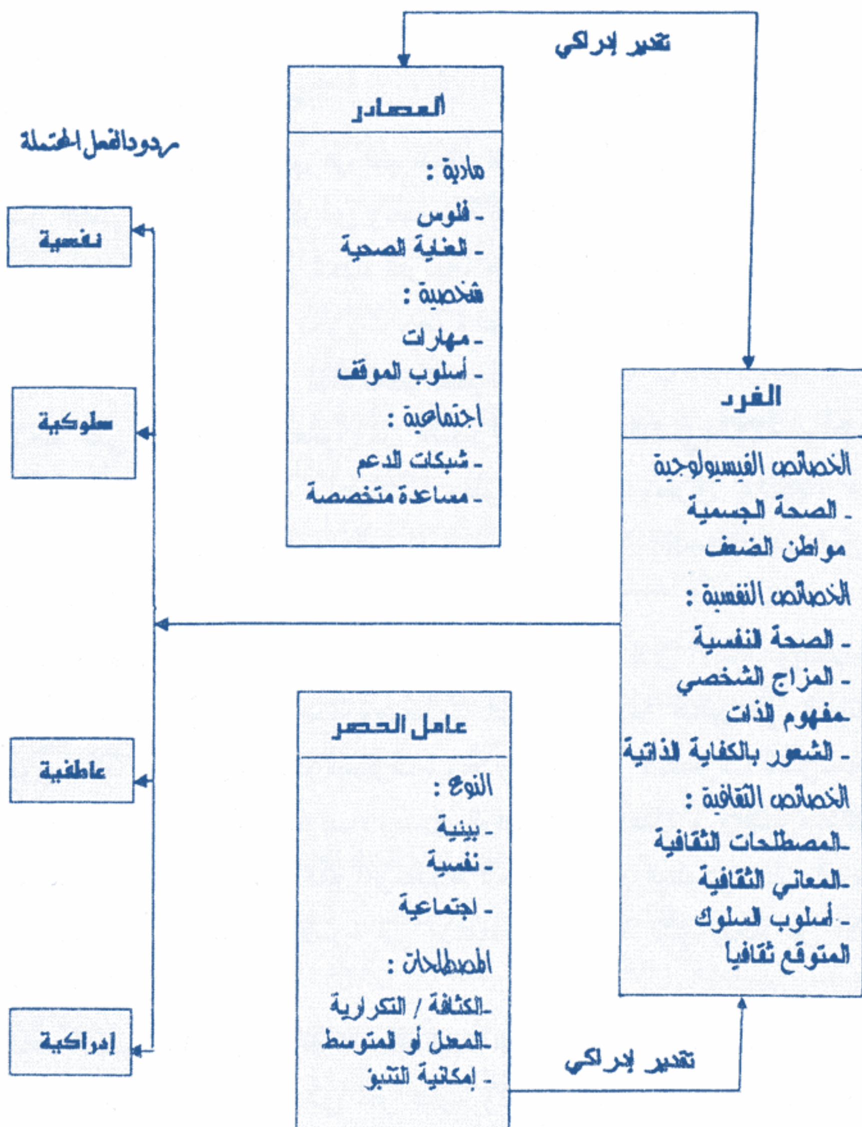
عوامل مثيرة للحصر النفسي لدى الأبناء

يمكن فرز العوامل المسببة للحصر النفسي في فئتين رئيستين: فردية شخصية ثم بيئية.. وفيما يـلي بعض التوضيح (أنظر الشكل التالي).

أ- **العوامل الفردية الشخصية**، وأهمها:

1_ الخلافات والنزاعات والحوادث الشخصية مع الآخرين التي تُسبّب انفعـالات حـادة وتغيـيرات في الحياة الفردية اليومية التي لا يتوقعها أو لا يرضاها الأبناء.

2_ المرض واعتلال الصحة الفردية التي تقعدهم عن أعمال وروتين حياتهم اليومية.



نموذج حدوث الحصر النفسي stress

3- العمل فوق القدرة الفردية.. إن الإجهاد المستمر للعقل والجسم الإنساني يوقع الأبناء في حالة يائسة من الإعياء الصحي الذي يفقد الجسم معها القدرة على تعويض الخلايا الهالكة، نظراً لكثافة وسرعة الانهدام الخلوي بما فيها الخلايا العصبية بالدماغ.

4_ العادات الشخصية الضارة مثل التدخين والإدمان على الكحول وسموم العقل، وما تسببه من نوبات انفعالية حادة، ثم التهرب من الواقع بتغييب الوعي والعودة الانفعالية والتغييب مرة أخرى وهكذا..

5_ الحساسية الجسمية من تحولات المناخ وأنواع الأطعمة التي تظهر لدى الأبناء عل شكل طفح جلدي (بقع حمراء مؤلمة منتشرة على الجلد).

6_ حدوث بعض أنواع الهرمونات الجسمية مثل هرمون البلوغ عند الشباب اليافع ثم هرمونات العادة الشهرية والحمل وسن اليأس عند النساء.

7_ تعدّد مسؤوليات العناية بشخص آخر وبحاجاته وعواقب سلوكه.

ب- العوامل البيئية: مثل المناطق الحادة في ارتفاعاتها الجبلية ومناخاتها الحارة أو الباردة أو الجافة أو الرطبة (كالصحاري الجليدية والأخرى الحارة التقليدية).

ست معتقدات خاطئة حول الحصر النفسي لدى الأبناء

توجد ست معتقدات خاطئة حول الحصر، حيث يساعد فهمها في التعامل مع هذا الاضطراب الشخصي.

1- الحصر النفسي هو واحد لكل الناس، ان الواقع الصحيح هو ان الافراد المختلفين يعانون من انواع ودرجات مختلفة من الحصر النفسي. وان ما يعتبر سبباً اوعاملاً للحصر النفسي لدي عضو الأسرة قد يختلف عنه لدى عضو الأسرة أخر.

2- الحصر النفسي هو سيئ دائماً لصحة عضو الأسرة. الحصر النفسي الشديد هو سيء لصحة وسلوك عضو الأسرة.. أما الحصر المعتدل فهو بهارات الحياة. وان القضية المهمة هنا، هي ان حُسن إدارة وتوجيه او ضبط

الحصر النفسي من عضو الأسرة يجعل عضو الأسرة منتجاً وسعيداً.. أما سوء فهم وادارة الحصر النفسي فيؤدي الى أذى وجمود الحياة الفردية.

3- الحصر النفسي ملاحظ في اى مجال للحياة وبالتالي لا يمكن عمل شيء تجاهه. ان هذا المعتقد ليس صحيحاً، نظراً لأن عضو الأسرة الذي يستطيع تخطيط ظروف وأنشطة حياته اليومية وتنظيم أفضلياته وحل مشاكله واحدة بعد الاخرى.. يستطيع العيش بسلام من أذى الحصر النفسي.

4- الاساليب الشائعة لعلاج الحصر النفسي هي افضل ما هو متاح للغرض. ان هذا المعتقد ليس دقيقاً، لأن الافراد المختلفين في اسلوب الحياة والمواقف وردود الفعل الفردية تتطلب أساليب متنوعة.. إن البرنامج العيادي المدروس الذي يتم تخطيطه بناء على الحاجات او الحالات الفردية هو الانجح في هذا الاطار.

5- غياب الأعراض يشير لغياب الحصر النفسي. ليس الامر تماماً هكذا.. لأن الاعراض قد تختفي عند تناول الفرد للأدوية.

6- الاعراض الرئيسة للحصر النفسي هي التي تتطلب انتباها بالعلاج. ان الاعراض الثانوية للحصر النفسي مثل: اوجاع الرأس وحموضة إفرازات المعدة.. يجب عدم تجاهلها لكونها مع بساطة آثارها على الحياة الفردية، هي في الواقع مؤشرات تحذيرية لما تعتريه هذه الحياة الفردية من تحولات خطرة على حاضر ومستقبل الأبناء.

انواع الحصر النفسي لدى الأبناء

يلاحظ علي الأبناء الذين يعانون من اضطراب الحصر النفسي، ثلاثة انواع من الحصر وذلك باعتبار شدتها واعراضها وطولها الزمني وطرق علاجها، هي: الحصر الشديد Acute stress والمتواصل Episodic Acute stress ثم المزمن Chronic stress.

1- **الحصر النفسي الشديد**: ان هذا النوع هو الاكثر انتشاراً لـدى الأبنـاء. ويـنجم عـن ضـغوط ومتطلبات زائدة لحوادث ومناسبات آنيـة ومتواصـلة التـاثير في المـستقبل المنظـور.. كـما يبـدو في حوداث السيارات، وفقدان العمل، والاختبارات المدرسـية او الجامعيـة، والمـرض المفـاجي لقريـب، وضيق الوقت المتاح لعمل أو واجـب محـددين. وبيـنما يخـدم الحـصر الخفيـف حـافزاً ومـشجعاً للعمل والتقدم السلوكي، فان الحصر النفسي الشديد يؤدي بعضو الأسرة الى الاعياء او الاجهاد الذي يقعده عن الاداء الهادف لمسؤولياته اليومية.

-2 الحـصر النفـسي المتواصـل المرافـق لانـشطة الحيـاة اليوميـة. حيـث يعـيش عـضو الأسرة ويتصرف ويتحول من نشاط الى اخر بتأزم وضيق وتسرع وفوضى، دون قدرة على الانضباط الـذاتي او التحكم بما يجرى. إن الحالة النفسية السائدة لدى عضو الأسرة تبدو بمؤشرات مثل: التنبّه الزائد والمزاج المتقلب والانزعاج والضيق والتشوّش والقلق المستمر والعدوانية وعدم الصبر خلال العمـل والتعامل مع الاخرين، وإلقاء اللوم عليهم في الصعوبات او المشاكل التي يواجهها..

3- الحصر النفسي المزمن. ان الحصر الحالى هو اكثر انواع الحصر تدميراً للعقل والنفس والجـسم والحياة الفردية.. فهو يستمرمع عضو الأسرة يوما وسنة بعد الاخرى.

ان الفقر الاسود والأسر الخربة بسبب الطلاق او الانفصال او الادمـان او النزاعـات اليوميـة المستمرة للوالدين،، والزواج التعيس في شكله وجوهره والذى يُحاصَر به الـزوج او الزوجـة.. دون فرصـة منظـورة للاصـلاح او للخـروج منـه، والمهنـة او الوظيفـة المكروهـة مـن عـضو الأسرة، و / اوالحروب وأعمال التقتيل المتواصـلة دون أمـل قريـب في الخـلاص كـما هـو الامـر في افغانـستان وفلسطين والصومال والشيشان وغيرها من بقاع العالم المظلومة المضطربة،،

والرعب الجسدي والنفـسي الـذي تعيـشه اجيـال بكاملهـا في أرجـاء الاتحـاد السوفياتي السابق (روسيا والدول المستقلة الشرقية الحاليـة)، ومـن الحرمـان مـن أبسط اساسيات الحياة: السكن والماء والخبـز والغـذاء بوجـه عـام.. هـي وغيرهـا العديد من مواقف الحرمان والقهر المتواصلة يوماً بعد يوم دون توقـف.. عوامـل

حصر مباشرة قاتلة لعضو الأسرة وشخصيتة الفردية. ومن هنا، يبدو عضو الأسرة الذى يعاني من الحصر المزمن عرضة لإرتكاب الانتحار والاصابة بامراض وحوداث القلب، واللجوء الى اعمال العنف والشَلَل (العجز) السلوكي العاقل(أي وعي عضو الأسرة لما يجري ولكنه لا يقوى على عمل شيء بسبب الظروف الشخصية والبيئية المحيطة).

تأثير الحصر النفسي على الحياة الفردية للأبناء

لقد اصبح معروفاً صحياً الان، ان الحصر النفسي يُحدث دماراً جسيماً في ممرات الهضم وانظمة الغدد الصماء والجلد ونظام الدورة الدموية.. اما الخطورة الصحية المكتشفة حديثاً، هي تدمير الحصر النفسي عند شدته للخلايا العصبية في الدماغ حيناَ وتشويش نظام عملها أحيانا اخرى. وما الاعياء الجسمي، والالام وترجيع المعدة، ونوبات البكاء والاكتئاب وهجمات القلق، وتقلبات او اضطرابات النوم.. ما هي سوى مؤشرات لخلل الافرازات البيوكيماوية للخلايا العصبية الدماغية، والقصور الذي يطرأ على عمل هذه الخلايا بالنتيجة في معالجة وتوجيه الرسائل والسلوك الانساني المطلوب.

ان استمرار معاناة عضو الأسرة من الحصر النفسي، يؤدى لا محالة الى انهياره نفسياً وجسمياً لدرجة يصبح معها العلاج او التصحيح صعب المنال او غير ممكنين في الحالات الاضطرابية المتطرفة.. وان شكل او نوع هذا الانهيار الشخصي يبدو في المواطن الجسمية الضعيفة التي تعود في أصولها لعوامل وراثية.

ومع ان الحصر النفسي المؤقت او/ والعادى يعتبر " بهارات الحياة ".. بدونه تتحول ساعات وأيام الفرد باهته بليدة.. ومع انه يخدم كمصدر او حافز نفسي للتحدى والعمل الجاد أكثر في مواجهة بعض المواقف او المسؤوليات اليومية كالنجاح في اختبار او درجة علمية، والاحتفال بمولود جديد او اسرة جديدة، فان هذا الاضطراب الشخصي عند شدته يُكلّف عضو الأسرة في العادة: حياته اوعمله او مستقبله او إدخاراته المادية، او شخصيتة السوية او

المدنية في اجتماعات الناس. لنعطي التوضيحات التالية في مجتمع مادى متقدم مثل الولايات المتحدة الامريكية:

1- 43% من الكبار يعانون مشاكل صحية متنوعة بسبب الحصر النفسي.

2- 75-90 % من الزيارات العيادية للاطباء تعود لامراض ومشاكل صحية مرتبطة بالحصر النفسي.

3- ارتباط الحصر النفسي بستة مشاكل صحية وسلوكية رئيسة ومُميتة هى: أمراض القلب والسرطان والرئة والكبد والحوداث والانتحار.

4- تشوّه إستقرار وانتاجية العمل الفردي والمؤسسى الخاص والرسمي على السواء.

5- 12% من الانتاج المحلى العام تخسرها الولايات المتحدة الأمريكية بسبب الحصر النفسي و(300) بليون دولاراً سنوياً تخسرها الصناعة الامريكية نتيجة ساعات الغياب عن العمل وتدني الانتاجية وتعويضات العاملين بحالات الحصر النفسي.

استجابة الأبناء المختلفة لحصر الصدمات النفسية

ان بعض الأبناء يخرجون من صعوباتهم النفسية مبكرا اكثر من البعض الاخر وذلك تبعاً للعوامل الوراثية والنفسية والبيئية التي يعيشونها ايجاباً اوسلباً. ومهما يكن، يتحكم في مدة ودرجة الشفاء من حصر الصدمات النفسية, عدة عوامل منها:

1- درجة القوة والخسارة التي بدت فيها الصدمة والحصر النفسي الناجم عنها. فالحوادث التي تسبب فقدان الارواح والممتلكات تتطلب وقتا اطول لمحو او التخفيف من اثارها النفسية.

2- قدرة عضو الأسرة على التحمل والتعامل مع موقف الصدمة.. تنمو هذه القدرة مع خبرة هذا عضو الأسرة لمواقف سابقة مماثلة صعبة او ضاغطة اخرى , مؤدياً ذلك لمساعدته في الشفاء واستعادة حالته الشخصية العادية في فترة قصيرة نسبيا.

3- خبرة عضو الأسرة لمواقف ضاغطة وكئيبة سابقة للصدمة النفسية مثل معاناته من مشاكل صحية او أسريه. في هذه الحالة يحتاج عضو الأسرة لوقت اطول للخروج من الصدمة النفسية والحصر الذي يعانيه.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة الحصر النفسي لدى الأبناء

يحدث الحصر النفسي نتيجة تعرض عضو الأسرة لحادث مفجع مفاجئ لا يقوى على مواجهته نفسيا أو جسميا ماديا، كما يبدو عند التعرض لكوارث الفيضان والعواصف والأعاصير والزلازل ومواقف الغرق والحرائق والموت العارض (غير المتوقع) لأحد الأقرباء أو المعارف.

وبالرغم من سلامة عضو الأسرة الجسمية عموما من هذه الحوادث، إلا أن الآثار العاطفية الانفعالية على شكل صدمات نفسية. تأخذ عليه عقله وأفكاره وسلوكه، حيث يظهر ذلك بالأعراض التالية :

1. ضيق وشدة المشاعر وتقلبها المفاجئ بدون قدرة عضو الأسرة نفسه والآخرين حوله على تنبؤ درجة وطبيعة وتوقيت حدوثها.
2. تشوش الأفكار والسلوك نتيجة الذاكرة المتكررة لحوادث الصدمة النفسية، الأمر الذي تبدو على عضو الأسرة بصيغة سرعة دقات القلب والتعرّق وصعوبات التركيز الإدراكي وصناعة القرار، والحيرة واضطرابات عادات الأكل والنوم.
3. تكرار الاخلالات الانفعالية، خاصة عند مرور مناسبة الصدمة الشهرية أو السنوية أو سماع أصوات أو صفير سيارة الإسعاف أو الإطفاء المرتبطة بحالة الحصر النفسي.
4. ضيق العلاقات الشخصية مع الآخرين، حيث تبدو النزاعات ومواقف الحوار المعارض مع أفراد الأسرة وزملاء العمل أو الدراسة واضحة للعيان.. كما يميل عضو الأسرة للعزلة والانفراد جانباً.. ولعدم المشاركة في الأنشطة اليومية المعتادة بالأسرة أو العمل أو الدراسة.

5. معاناة عضو الأسرة من آلأم وأمراض جسمية مثل: أوجاع الرأس، وآلأم الصدر وأمراض المعدة.

أما في حال الحصر النفسي الشديد، ينتبه المختص عند تشخيصه، للاعراض التالية:

1-الضيق العاطفي كما يبدو

في الغضب والانزعاج والقلق والاكتئاب.

2-المشكلات العضلية بما فيها آلام الراس والظهر والفكين وتوتر العضلات ومشكلات الانسجة الرباطية للاجهزة والاعضاء.

3 -مشكلات المعدة والبطن والاخراج.. كحرقات وحموضة المعدة والاسهال وعسر الهضم والامساك وصعوبة الاخراج.

4- سهولة التنبه العصبي والعاطفي مما يؤدى الى ارتفاع ضغط الدم وسرعة دقات القلب، وتعرّق الكفين، والدوخة والشقيقة (نوع شديد من الام الراس) وبرودة الكفين اواليدين، وآلام الصدر ثم التنفس القصير.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة الحصر النفسي للأبناء

تبادر الأسرة بالتعاون المباشر مع مختص في العلاج النفسي، بتبني إجراءات للتغلب على مشكلة الحصر النفسي للأبناء، مثل:

إستراتيجيات عامة تعتبرها الأسرة مع المعالج في التغلب على مشكلة الحصر النفسي

استراتجيات التغلب علي المشكلة:

تغيير عامل الحصر أو العلاقة معه بواسطة التعامل المباشر معه أو بأنشطة حل المشكلات، بواسطة :

- المقاومة: اهدم أو اسحب أو إضعف مصدر التهديد.
- الهرب بالابتعاد عن التهديد.
- الاختيار المناسب للمقاومة أو الهرب بالتفاوض والتسوية والاتفاق على الحلول.

❖ الحد من حدوث الحصر في المستقبل بزيادة المقاومة أو الحد من قوة الحصر المتوقع.

استراتيجيات التغلب على الانفعالات :

يتمّ تغيير الذات بواسطة أنشطة تجعل عضو الأسرة يشعر أنه أفضل بـدون تغـير عامـل الحـصر النفسي، بواسطة :

❖ أنشطة جسمية مثل استعمال الحبوب والاسترخاء والتغذية الراجعة البيولوجية.

❖ أنشطة إدراكية مثل تخطيط مشاغل محددة والتخيلات والتفكير حول الذات.

❖ عمليات غير واعية مثل تغيير الواقع الذي قد يُحدث حصراً نفسياً إضافياً لدى عضو الأسرة.

خطوات إجرائية تعتمدها الأسرة مع المعالج في التغلب على مشكلة الحصر النفسي

تتلخص هذه الخطوات بما يلي:

1- منح وقت كاف للشفاء، مع الادراك بأن الصدمة تشكل وقتاً صعباً في الحياة الفردية.. الامر الذي يمكنه بُكاء الاشخاص الذين افتقدهم او الخسائر التـي تكبـدها.. والـتحلي بالـصبر واحـتمال التغيرات التي تحدث في الحالة الانفعالية الشخصية كجزء من روتين وأساليب الحياة اليومية.

2- طلب المـساعدة مـن افـراد قـريبين اسريـا ونفـسيا للتعـاطف مـع عـضو الأسرة في محنتـه النفسية للحصر والصدمة المعاشة، والتخفيف من هول معاناته في هـذا الإطـار. ان الحـديث مـع افراد الأسرة والأصدقاء او مجرد كتابة المذكرات اليومية، تساعد كلها عضو الأسرة على الخروج من أزمته النفسية للحصر والصدمة.

3- طلب المساعدة من مجموعات وهيئات متخصـصة نفـسية او اجتماعيـة او عيادية والتي تتعامل مع اشـخاص يعـانون مـن نفـس الازمـة (الحـصر النفـسي).

ان مجموعات المناقشة ومجموعات التدريب T.groups واستشارة المختصين تساعد ايجابياً في تعجيل الشفاء المطلوب.

4- تبني عادات وسلوكيات صحية في الغذاء والنوم والراحة الجسمية والترويح النفسي للتغلب على معاناة الحصر.. مع تجنّب اللجوء الى المخدرات والكحول للهرب من الحالة النفسية الصعبة التي يعيشها عضو الأسرة، لأن الخطأ دائماً لا يعالج بخطأ.. بل يستفحله ويُقويه أكثر.

5- تطوير عادات يومية (او استعادتها مرة اخرى اذا مورست من قبل).. مثل ممارسة الرياضة، وتناول الوجبات في أوقات محددة، وممارسة هوايات قديمة او جديدة، والقيام بالرحلات، والمشاركة في الحفلات والاحتفالات والمناسبات المفرحة العامة والخاصة..

6- الابتعاد عن اتخاذ قرارات مصيرية جديدة مثل تغيير الوظيفة او المهنة.. لان هذه القرارات تتطلب مسؤوليات وجهوداً مُضنية، مؤدياً ذلك لمزيد من الحصر النفسي, بدل التخفيف منه.

7- تطوير معرفة كافية حول الصدمات والحصر النفسي وما يتوقعه المرء نتيجتهما وسبل الشفاء المتاحة للتخفيف او/ والخلاص من آثارهما.

تعاطف الأسرة مع الاطفال في حاجاتهم الخاصة عند الصدمة والحصر النفسي

يعاني الأبناء الأطفال أكثر من الكبار عند مواجهتهم للصدمات والحصر النفسي , نظرا لقلة معارفهم وخبراتهم في التحول إلى بدائل وخيارات سلوكية تساعد في الخروج من مآزقهم النفسية الطارئة.. ومن هنا يتوقع من الاسرة (وخاصة الوالدين) عمل كل ما يمكن في الاهتمام بالاطفال والوقوف معهم في الخلاص من مخاوفهم واخلالاتهم الانفعالية. من امثلة تصرفات الاسرة الممكنة بهذا الصدد ما يلي:

1- قضاء وقت اطول مع الاطفال وملازمتهم للاب او/ والام خلال الأيام / الشهور الاولى من صدماتهم وحصرهم النفسي. ان هذا القرب الجسمي يريح الأطفال نفسياً في الغالب ويساعدهم في الشفاء من آلامهم.

2- توفير خبرات لعب مناسبة ومتعددة للاطفال، للتخفيف من الضيق النفسي الذي يعيشونه نتيجة الحصر والصدمة. ان اللعب والرسم والتلوين والأنشطة الرياضية والترفيهية والهوايات عموما، تساعد الاطفال في تفريغ همومهم النفسية ونسيانها بالانشغال عنها في امور مفضلة لديهم.. كما يجدون فيها متنفساً ووسائل للتعبير عما يجول في خواطرهم، بدون الكلام الكثير والتعبيرات اللفظية التي قد لا يفهموها نتيجة الانفعالات التي يعيشونها.

3- تشجيع الاطفال للحديث مع أفراد الأسرة والإقران حول أفكارهم ومشاعرهم وما يجول بخواطرهم للتخفيف من حيرتهم وقلقهم عموما..

4- التفاعل والحديث والاستجابة لحاجات الأطفال بلغة وتعابير يفهمونها، ومحاولة إقناعهم دائماً بتفهم (الأسرة) لمشاغلهم ومشاعرهم.. وعمل كل ما يمكن للوقوف معهم والترويح عن انفسهم.

5- المحافظة على جداول روتين يومي للانشطة والمسؤوليات اليومية مثل الطعام واللعب ومواعيد النوم والدراسة ومشاهدة التلفاز.. لان هذا الروتين المعروف لديهم يُحرّر انفسهم من مخاوف المفاجآت او/ والصدمات، ويمنحهم التحكم والتفكير الهادف في التعامل مع مواقف حياتهم اليومية، وبالتالي الاطمئنان النفسي حول سلامة ما يتوقعونه من حوادث ونتائج خلال هذه المواقف. الامر الذي يخفف تلقائياً من توتراتهم النفسية المعاشة.

علاج الحصر النفسي بالطريقة الإسلامية

بينما يركز المختصون الغربيون عموما على علاج الحصر النفسي بالطرق العياديه والسلوكية الإدراكية والدوائية الصيدلانية وغيرها من طرق نفسية أكاديمية، فان المختصين النفسيين بخلفية ثقافية إسلامية يؤكدون على أهمية الطرق الإيمانية العقدية والاجتماعية والجسمية في علاج الحصر النفسي. نلخص هذه الطريقة بالمبادئ الإجرائية الموجزة التالية:

1. استراحة نصف النهار MID-DAY NAP. يسميها المكسيكيون والأمريكيون اللاتينيون (سكان أمريكا الجنوبية) "بالسيَسْتا".. وهي غفوة قصيرة نسبياً يأخذها

عضو الأسرة خلال وقت الظهيرة، حيث توفر للجسم الإنساني المرهق من أعمال الصباح المتواصلة والضغط النفسي المرافق لها في العادة، فرصة الاسترخاء واستعادة قواه والانتعاش مرة أخرى....

وبينما يشكك البعض في أمر استراحة نصف النهار، لاعتقادهم بإمكانية إحداثها اخلالات النوم ليلا (النوم غير الصحي المتأخر)، فان المعالجون النفسيون بالطريقة الإسلامية يؤكدون علي أهمية استراحة نصف النهار في تنظيم عادة النوم الصحية لدى عضو الأسرة، والاسترخاء الكامل للجسم حال الذهاب للسرير والاستغراق في النوم.

2. الإيمان بإرادة وقدرة اللـه. فالاعتقاد بإرادة اللـه الخالق الرحيم، الذي يهب ويأخذ لأسباب يراها مجدية لحياة وصحة عضو الأسرة.. يحفز عضو الأسرة في الصبر على ما يصيبه والتسليم لرحمة اللـه في الشفاء من أمرضه النفسية (وغير النفسية في واقع الأمر).

3. الإيمان باليوم الآخر وقبول ما يواجهه عضو الأسرة في الحياة الدنيا كقدر من اللـه. وان الدنيا ما هي سوى حياة مادية عابرة ومؤقتة للآخرة: الحياة الدائمة المثلى هي في الجنة.. تساعد كلها دفاعاته النفسية على الصمود والاستمرار ومقاومة الشعور بالاستلام واليأس وخيبة الأمل.

4- العناية بالجوار. ان التعامل الحسن مع جوار عضو الأسرة في الحي هى سُنة مؤكدة في الشريعة الاسلامية. وفي حديث عن رسول اللـه ما معناة: "ظل الرسول يوصيني بالجار حتى ظنت انه سيورثه".

وتعود اهمية العلاقة الطيبة مع الجوار الى الاطمئنان النفسي والشعور بالامن والامان التي تحدث في حياة عضو الأسرة اليومية، والتخلص تلقائياً بالتالي من مشاكل الحصر النفسي وغيره مما يلاحظ من اضطرابات الشخصية.

5- الوضع المناسب للنوم. ان الطريقة التي يتعامل بها عضو الأسرة جسمياً مع الأشياء، تؤثر سلبا او ايجابيا على صحته المادية والنفسية في آن. فأسلوب الانحناء او انثناء الجسم لتناول الاشياء، قد يؤدي للغرض المطلوب

مع إمتاع وارتياح وإحساس بالجدوى والانجاز.. او يؤول الى تمزق بعض العضلات او انزلاق بعض الفقرات كما يحدث في اصابات اسفل الظهر بما يسمى الديسك.

ووضعية النوم كذلك, اما ان تؤدي عند صحتها الى الاسترخاء النفسي،، او الإجهاد ومزيد من الاضطراب والحصر النفسي.. وهنا, ان افضل وضع للنوم هو الجانب الايمن عموما حيث السنة النبوية، والتي تؤكدها مبادىء علم النفس الفسيولوجي وفيسيولوجيا الجسم المعاصرة. فتفيد التفسيرات العلمية في هذا الاطار، بأن النوم على الجانب الايمن للقلب (حيث يكون في هذه الحالة بوضع أعلى في الجسم)، يساعد الدورة الدموية في إنسياب حركة الدم من القلب واليه،، عبر اعضاء الجسم المختلفة.. بدون تعب او إجهاد اضافي للقلب خلال عملية ضخ هذه المادة الحيوية لبقاء الجسم والحياة الانسانية.

6- أداء الصلاة بإيمان فعلي (وليس شعائر آلية روتينية) للمساعدة في الإسترخاء النفسي، وفي شعور عضو الأسرة بأنه قريب من اللـه.. يتحدث إليه ويثق مطلقاً بالإستجابة لحاجاته وإخراجه من مآزق الدنيا، بما فيها بالطبع مشكلة الحصر النفسي الحالية،، فترتاح النفس وتهدأ كوامنها، مؤدياً ذلك في الأحوال العادية الى التخفيف والخلاص التدريجيين من إضطرابات الحصر والخوف والقلق وغيرها من مشاكل الحياة اليومية.

*****

الموضوع السابع

غضب الأبناء

مقدمة

الغضب Anger هو حالة انفعالية يعبّر بها الأبناء بطريقة غير سوية وغير اجتماعية، في إظهار عدم رضاهم عن شيء أو وضع أو تصرف معهم من الآخرين داخل الأسرة، أو في خارجها بالحي أو المدرسة أو مجموعة من الأقران. فيلاحظ على الابن أو الابنة بهذا الصدد، إحمرار أو إختناق لون الوجه والضيق النفسي والثورة أو الانفجار الحركي المرفق بالشتم والسباب والذم أواللوم والنقد اللاذع، بدون انضباط يذكر لهذه التصرفات السلوكية.. أو وعي ما تسببه أحياناً من أذى مادي نتيجة تخريب أو تكسير الأشياء، أو أذى جسمي بالضرب والمصادمة واستعمال الأدوات الحادة.. أو الاستياء النفسي باعتدائهما (أي الابن أو الابنة) على أخ أو أخت أو قرين أو آخرين غيرهم خطأً بدون وجه حق أو بدون فهم الواقع أو المغالاة في ردود الفعل الغاضبة.

ويقع الوالدان والأبناء أحياناً في دائرة متصلة من الأفعال وردود الأفعال الغاضبة بدون ممارسة صبر وأناة من الوالدينن وتوجيههما للأبناء وتهدئة خواطرهم.. وبدون إدراك الأبناء بان حل المشكلة المؤدية للغضب لا يأتي بارتكاب مزيد من الغضب وردود الفعل الغاضبة..

والنتيجة؟ وصول الطرفين: الوالدين والأبناء إلى طريق مسدود معيق لاستقرار وتقدم الحياة الأسرية.. يفرض في نهايته الوالدان على الأبناء قيوداً أو عقوبات إضافية. أما الأبناء، فينطوون على أنفسهم صامتين ومغتاظين أكثر، انتظاراً لموقف غاضب لاحق يرفضون كل ما حدث.. أو يتمردون على سلطة الوالدين بالعنف اللفظي والخروج عن التعليمات أو الأوامر الأسرية.

أسباب عامة لمشكلة غضب الأبناء

إن السبب العام الذي يؤدي لغضب الإنسان كبيراً وصغيراً هو شعوره بالإحباط أواليأس وخيبة الأمل مما يجري حوله أو معه مباشرة.. والأبناء

ليسوا استثناء عن هذه القاعدة السببية للغضب. لكن الإحباط أو اليأس الذي يصل إليه الأبناء يتبلور أيضاً نتيجة عوامل أومسببات أخرى، تُفجّر انفعالات الغضب النفسية الكافية، وتحولها إلى ردود فعل مدمرة أحياناً. من هذه العوامل المثيرة للتصرفات الغاضبة من الأبناء، الأمثلة التالية:

1- امتلاك الأبناء أحياناً لاستعداد وراثي للشعور بالغضب وارتكاب السلوكيات الغاضبة. يبدو هؤلاء أسرع من غيرهم في الإحساس بالضيق وعدم الرضا والثورة على الموقف أو الوضع.. بردود فعل حادة أو مدمرة أكثر من أقرانهم الذين لا يمتلكون جينات الغضب العصبية في بنية دماغهم الإنساني.

2- الإحساس العارم بالإحراج والوحدة والعزلة عن العالم الاجتماعي للأسرة أو الأقران والقلق والوقوع ضحية الأذى المسيء للنفس أو الجسم. يتصرف الأبناء نتيجة هذه المشاعر ومواقفها السلبية، بالغضب وسلوكياته بسبب عدم قدرتهم على فهم أو تبرير ما يجري معهم، على إحداث التغييرات الإيجابية للتخلص من الآثار النفسية التي تحدثها لديهم.

3- مقاومة الشعور بالإذعان أو الاعتماد على الغير بما فيهم الوالدين وأعضاء الأسرة الآخرين أو الأقران أو المعلمين.

4- مقاومة مشاعر الخوف من فقدان إنسان عزيز من أعضاء الأسرة أو الأقران، أو مكاسب وأدوار أسرية ومحاولتهم بالغضب المحافظة على ما يتمّنون أو يخشون من فقدانه.

5- تعويض الشعور بالأذى نتيجة فقدان إنسان أو شيء أو رغبة هامة، حيث يلجأ الأبناء إلى الغضب هرباً من الإحساس باليأس والحزن والعجز الشخصي.

6- إثارة انتباه الوالدين لأداء ما يتوقع منهم تجاه الأبناء من سد حاجات مادية أحياناً، أو تغذية فضول معرفي بالشرح والتوضيح والإرشاد والتوجيه بتحديد معايير وضوابط يدرك الأبناء دون عناء نفسي المطلوب منهم، أو

تغذية حاجة نفسية بإحداث الأسرة لتغييرات محددّة مادية أو إدارية في البيئة الأسرية لتكون بناءة وحيوية أكثر لحياتهم اليومية.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة غضب الأبناء

إن الأبناء الذين يشعرون بالغضب وبالاستعداد السلوكي في ارتكاب ردود فعل سلبية في التعبير عنه، يلاحظ عليهم المؤشرات التالية:

1-ضيق التنفس والمزاج العصبي القلق لحركاتهم وتعاملاتهم مع الناس والأشياء والمهام التي يقومون بها.

2-رفض التعليمات والتوجيهات والأوامر الأسرية أو للمعلمين في المدرسة أو مخالفة رغبات الأقران.

3-احمرار أو عبوس وتقطّب الوجه.. واللجوء للصمت المرافق للضيق وتصبّب العرق على الوجه واليدين.

4-التحدث بألفاظ أو سلوك بتصرفات غير معتادة من الأبناء، تميل في مجملها للعنف والغيظ من البيئة.

5-الشكوى من الشعور بالظلم والإحباط من شخص محددّ في الأسرة أو خارجها وبعدم القدرة على عمل شيء لتصحيح الوضع معه.

6-حديث الأبناء عن الرغبة في الانزواء والعزلة جانباً، وعن معاناتهم من الإحراج في التعامل مع عضو أو أكثر بالأسرة أو الأقران أو المعلمين أو غيرهم، وعن مشاعر القلق والأذى التي تعتريهم من جراء ذلك.

7-ميل الأبناء سلوكياً للعزلة والوحدة جانباً، وملاحظة مؤشرات الإحراج والقلق والأذى بادية على مظهرهم الشخصي.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة غضب الأبناء

يمكن للأسرة اعتبار المبادئ والإجراءات التالية، للتغلب على مشكلة غضب الأبناء:

1- محافظة الأسرة في تصرفاتها ومداخلاتها مع الأبناء والآخرين في الحياة اليومية بعيداً عن الغضب،، وحل المشاكل معهم بدون ارتكاب

سلوكيات غاضبة. فتكون بهذا قدوة للأبناء بخصوص حقهم في الشعور بالغضب، لكن بالتعبير الإيجابي عنه دون تخريب الأشياء والعلاقات الإنسانية أو الإساءة للآخرين. إن معالجة الأسرة لمواقف ومشاعر الغضب بأساليب عقلانية ومدنية يزرع في الأبناء نفس هذه الأساليب.

2- دراسة الاسرة بصبر وتعقل دائماً لمواقف غضب الأبناء وفهمها للظروف والعوامل التي أدت للغضب،، ثم تعليم الأبناء بأن تغييرات الغضب المسيئة لفظياً أو نفسياً أو جسدياً هي عدوان على الآخرين، سواء كان هؤلاء أخوة أو أقران أو غيرهم.

وأن لديهم ما يبرر أحياناً الشعور بالغضب، ولكن الاعتداء على الآخرين يشكل انحرافاً مؤذياً منهم يجب تجنبه. ولا يجب من الأسرة في حلها لمشكلة الغضب حصر التعليمات والتوجيهات في سلبيات سلوكيات الغضب، وعلى النواحي أو التصرفات التي يتوقع منهم الابتعاد عنها،، بل أيضاً تقديم البدائل الإيجابية التي تساعد في حل مشاكل الغضب بطرق سلمية مثل: اطلب من أخيك أو قرينك الصديق إعادة الشيء الذي أخذه منك بدون إذن، أو أخبرني عن الأمر للمساعدة في حل المشكلة بدون عنف، أوأخبرهما بأنك ستقرّر المشكلة لي (الأب أو الأم) لاتخاذ الحلول الناجعة لذلك. أو توجيههم لمجرد ضبط النفس والأعصاب والتفاهم بهدوء ومنطق مع الجهة المثيرة للغضب.. ومحاولة التوصل بالحديث وتبادل الآراء والالتزامات، لحلول مقبولة من الطرفين لمشكلة الغضب.

3- ملاحظة السلوك الإيجابي للأبناء في تعاملهم مع مواقف الغضب وتعزيزه فوراً لديهم بالمديح والتشجيع، والمكافأة بشيء أوحاجة أورغبة يتطلعون إليها.. أو في بعض المواقف غير المتطرفة للغضب وسلوكيات الغضب من الأبناء، تجاهل الأسرة (والمعلمين أيضاً) هذه المواقف وجعلها تمرّ دون شد ورخي معهم.. مؤدياً ذلك إلى انطفائها وتلاشيها لديهم لعدم تحقيق الانتباه الذي يسعى إليه الأبناء في العادة من الأسرة أوالمعلمين.

4- توفير مواقف وأنشطة حركية للأبناء يمارسون بها طاقاتهم وإثاراتهم الجسمية حتى الإجهاد أحياناً، حيث تُستنْفذ بذلك قواهم الجسدية بعيداً عن اعتداءات الغضب. كما يمكن للأسرة تهدئة خواطر الغضب لدى الأبناء بضمهّم إلى الحضن أو الصدر أثناء الجلوس في مشاهدة برنامج فضائي أو الحديث مع الأسرة.. إن شعور الأبناء بحنان وتعاطف وتفهم الأسرة، يُطفئ من حدّة الغضب لديهم، ويُعيد وعيهم للتفكير المنطقي والتغلب على مشاكل الغضب بطرق إيجابية أكثر .

5- متابعة إنجازات واهتمامات الأبناء وإظهار مشاعر الاعتزاز أو الافتخار بهم وبما يقومون به والتنويه إليهم ولإنجازاتهم أمام الآخرين من معارف وأقارب وزائرين للأسرة.. وإندماج الأسرة كذلك في أنشطة ومسؤوليات الأبناء سواء كانت هذه هوايات لهم أو واجبات دراسية منهم.. والوقوف معهم وتعزيزهم خلال أدائهم لها، والاستجابة لحاجاتهم النفسية أو المادية لتشجيعهم على المواصلة في تحقيق الأهداف.. بدون إحباطات أو خيبات الأمل، وبعيداً عن الغضب والسلوكيات الهدامة أحياناً.

6- استخدام المرح والدعابة مع الأبناء عند غضبهم أحياناً، لتحويل مشاعر الغضب عن الإثارة السلوكية وللتخفيف من حدتها لديهم. إن توفير الأسرة (أوالمعلمين في المدرسة أيضاً) للأبناء مخارج إيجابية آمنة خالية من الإحراج والحيرة والاستسلام للواقع، بواسطة الدعابة والمرح،، يُجنبهم تلقائياً عن عواقب الغضب من أنفسهم ومن الآخرين في آن، كما يساعد في الاستقرار والتفاهم الأسري.

والمهم من الأسرة (والمعلمين) التذكر دائماً، تجنب المرح والدعابة للاستخفاف بالأبناء والحط من قدرهم أو السخرية منهم.. لأن مثل هذه التصرفات تزيد من حدّة غيظ وغضب الأبناء، كما تعدّ انحرافات انفعالية وسلوكية من الأسرة والمعلمين في آن.. مؤدياً ذلك للمعاناة من مشكلتين: مشكلة غضب الأبناء ومشكلة جهل الأسرة في التوجيه والإرشاد المطلوب

لخروجهم من مشاعر وتصرفات الغضب.. الأمر الذي نتمنى عدم حدوثه حفاظاً على استقرار العلاقات الأسرية.

7- تزويد الأبناء بظروف وأنشطة ومواقف الأسرة اليومية، والضوابط أوالاعتبارات التي يفضل منهم أخذها في الحسبان خلال القيام بالحياة والأنشطة اليومية الخاصة بهم،، وذلك تجنباً للتعارض الممكن بين رغباتهم وسلوكياتهم، وما تحتاجه الأسرة أيضاً بالمقابل منهم.. ولعدم تعبئة المشاعر سلبياً بالغضب والانفعالات المثيرة للمصادمة والخلاف والعدوان.

8- الضبط الجسدي للأبناء عند الغضب الشديد الخارج عن السيطرة.. المنذر بانفجارات سلوكية عدوانية،، وذلك بسحبهم (إخراجهم) من موقف الغضب إلى مكان آمن، يسوده الهدوء والفرصة على استعادة الوعي وإعادة النظر في الموقف الغاضب.

9- التفاوض مع الأبناء وعقد اتفاقات معهم بالساعة واليوم والأسبوع أو أكثر أحياناً،، لضبط مشاعر وتصرفات الغضب لديهم مقابل مكافأة يرغبها أو ينتظرها الواحد منهم.. وعندما يصل الأبناء إلى تكوين عادات ذاتية في التحكم بغضبهم، عندئذ يمكن للأسرة استعمال خطط لسحب المعّززات بإستراتيجية التلاشي التدريجي أو غيرها مما يناسب (انظر لمزيد من التوضيح في كتابنا: تعديل سلوك التلاميذ والأطفال واليافعين في الأسرة ومراكز الأحداث. نشر دار التربية الحديثة).

10- إدارة وضبط الغضب ومشاعره ومواقفه لدى الأبناء بواسطة أحكام وقواعد ومبادئ وإجراءات إيجابية واضحة وحازمة.. ثم مفهومه ومعلنة معروفة من الأبناء في آن. إن تطبيق الأسرة (والمعلمين أيضاَ) لأحكام وضوابط الغضب مع الأبناء بالحزم والمثابرة والحياد وعدم التناقض، يُمكّن الأبناء من التحكم في مشاعر غضبهم ذاتياً أو بقليل من الإرشاد والتوجيه والمتابعة الأسرية المباشرة.

*****

اضطراب الهلع لدى الأبناء

مفهوم اضطراب الهلع

إن اضطراب الهلع Panic Disorder هو هيجان عارم ومفاجئ يحدث نتيجة خوف واضطراب شديدين بدون سابق إنذار أو سبب مباشر واضح.. ويفقد به عضو الأسرة السيطرة على نفسه وسلوكه ومشاعره فتراه يصرخ ويتحرك مذعوراً من ناحية الى أخرى تائهاً بدون هدف أو وعي لما يجري. يطلق على نوبة الهلع المفاجئة في العادة بهجمة الهلع Panic attack أو الهيجان العارم.

واضطراب الهلع ليس خطيراً على عضو الأسرة أو البيئة، سوى أنه سلوك غير عادي يشوش حياته والبيئة لفترات عابرة من حين إلى آخر.. ومع ذلك فإنه مخيف في حدوثه نظراً لشعور عضو الأسرة بأنه مقبل على الجنون أو الموت»، وأنه لا يملك القدرة على التحكم به.. ولكون الهلع أيضاً يؤدي بعضو الأسرة لاضطرابات أخرى وتعقيدات حياتية شخصية مثل: المخاوف المتواصلة من أشياء أو حوادث فعلية، ولكنها أكثر خطورة من حدوث الهلع لدى عضو الأسرة مرة أخرى مثل: الاكتئاب واستعمال المخدرات والمعاناة من مشاكل صحية جسمية، والشعور بالرغبة بالانتحار وإعاقات الكلام والتفاعل الاجتماعي والعزلة عن العالم الخارجي.

وتعاني النساء في أي عمر بوجه عام وعند الرشد خصوصاً من اضطراب الهلع، ضعف أمثالهم من الرجال.. وأن نسبة النساء والرجال الهلعين تصل إلى 1-2% من مجموع السكان حسب إحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية.

ظواهر سلوكية آنية لاضطراب الهلع لدى الأبناء

يحدث الهلع بملاحظة الظروف التالية:

1- الحدوث المفاجئ أوالطارئ بدون مؤشرات مسبقة.

2- عدم إمكانية وقفه عند الحدوث إلاّ عندما يتوقف عضو الأسرة نفسه عن ذلك.

3- شدة الخوف المثير لاضطراب الهلع لدرجة تتعدى بالكامل واقع الموقف لعضو الأسرة.

4- استمراره لدقائق قليلة.

5- إمكانية حدوث سلسلة من نوبات الهلع قد تدوم لساعات، وذلك عند خطورة أوشدة اضطراب الهلع لدى عضو الأسرة.

مؤشرات تحذيرية لأضطراب الهلع لدى الأبناء

إن الأعراض المرافقة للهلع والتي تشير عادة بوجوده لدى عضو الأسرة، تبدو في القائمة التالية:

1- دقات القلب المتسارعة، يشعر عضو الأسرة بأن قلبه يخرج من صدره.

2- التعرق الزائد أو التصبب عرقاً.

3- الرجفة الجسمية الزائدة.

4- ضيق التنفس أو الحشرجة والاختناق.

5- آلام الصدر.

6- الدوخة.

7- خفة وعدم توازن الرأس.

8- نمنمة أو وخزات الأطراف.

9- الغثيان.

10- نوبات الحرارة والبرودة.

11- الخوف من التعرض للجنون أوالموت.

12- الشعور بالرهبة التي تشل غالباً حركة وتفكير عضو الأسرة.

الأصول المرضية لاضطراب الهلع

ترجع أصول الهلع إلى عوامل جسمية وعصبية عقلية. وفيما يلي بعض التوضيح:

1- الجسم الإنساني: تؤكد دراسات أجريت على التوائم احتمال وراثة الأبناء لاضطراب الهلع. كما أن بعض ما يعانون من اضطراب الهلع أفادوا بأن عضواً أو أكثر في الأسرة يعاني من اضطراب الهلع أو من اضطرابات انفعالية أخرى مثل القلق أو الاكتئاب. إضافة لذلك فإن فشل عضوي أو أكثر في الجسم، يمكن أن يكون سبباً للهلع.. مع أن التحديد الدقيق لهوية عضو الجسم المسبب للهلع لم يتضح بعد.

2- العقل: إن حوادث الحياة الضاغطة يمكنها إثارة اضطراب الهلع في عضو الأسرة، سواء كانت هذه الحوادث الطارئة الصارمة سارة أو مؤذية.. فالمفاجئة والسرعة والكثافة والتغييرات الجذرية التي تُحدثها في نمط أو أسلوب حياته، وعدم قدرته المباشرة على التحكم فيها والتعامل الواعي معها.. تهدم مقاومات دفاعاته النفسية، مؤدياً لاضطراب الهلع الى الظهور من خلال مواطن الضعف الجسمي.. التي تلفظه بدورها خارجاً للعيان على شكل هجمات سلوكية تائهة واخلالات حركية ونفسية وشكلية بيولوجية شديدة.

آثار سلبية يفرزها اضطراب الهلع على الأبناء

يجب التنويه أولاً أن المضطرب بالهلع يمكن أن يعيش حياة عادية عند علاجه المناسب. أما الآثار الجانبية التي قد يعانيها عضو الأسرة خلال اضطراب الهلع، فتبدو أمثلة لها بما يلي:

1- تجنب المواقف العملية والاجتماعية المرتبطة بهجمات الهلع، فإذا حدث الهلع خلال التسوق في مركز تجاري محددّ، فإن هذا يؤدي لتجنب عضو الأسرة لهذا المركز التجاري،، ثم يتطور إلى خوف عام من المركز التجاري ثم من مراكز أخرى في المواقع المماثلة الأخرى. وفي الأحوال المتطرفة يتحول الخوف الخاص إلى عام مفتوح من الأماكن الواسعة بما يسمى فوبيا الأماكن المفتوحة Agoraphobia حيث يبدأ عضو الأسرة بالخوف من الخروج من البيت.. حيث يعتقد بان بقاءه في البيت يُجنّبه من كل المواقف التي تثير فيه الهلع، بدون جهة تساعد على الخروج من وضعه الاضطرابي المُحرج.

2- تدني الدخل الاقتصادي. إن الخوف الذي يتراكم نتيجة اضطرابات الهلع يؤدي إلى تجنب وظائف مرتبطة بمواقف قد تكون مثيرة للهلع... الأمر الذي قد يجبر عضو الأسرة على قبول بدائل اقتصادية أخرى أقل دخلاً وقدرة بالتالي على سد حاجاته اليومية.

3- سهولة التعرض للإدمان على الكحول والمخدرات.

4- المخاطرة أكثر في الرغبة بالانتحار.

5- الإقامة أو المراجعة العيادية لفترات أطول في غرف الطوارئ بالمستشفيات.

6- إنفاق وقت أقل في تنمية الهوايات والرياضات والأنشطة الشخصية والاجتماعية أو الوظيفية الأخرى.

7- الاعتماد المالي أكثر على الآخرين.

8- تدني الصحة الجسمية والانفعالية لدرجة أقل من العادية.

9- الخوف من الخروج بعيداً عن البيت من عدة كيلومترات.

10- عدم استقرار الشخصية بوجه عام.

تشخيص اضطراب الهلع لدى الأبناء

يتم تشخيص الهلع بواسطة فحوص تدار من متخصص في الصحة النفسية / العقلية، وطبيب جسمي لتحديد العلل أو العاهات الصحية في عضو بيولوجي أو أكثر قد تكون سبباً للهلع أو اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى.

بعد إجراء الفحوصات الجسمية والنفسية والسلوكية الشاملة، والحصول على تاريخ متكامل لعضو الأسرة، يجري تشخيص اضطراب الهلع من خلال آليات حدوثه أو بعد حدوث نوبة الهلع مباشرة،، إذا لم يمكن استثمار فترة الهلع الفعلية لذلك.

يقوم الآن طبيب الصحة الجسمية بعلاج المشاكل التي يعاني منها عضو الأسرة، حيث يأتي دور المعالج النفسي بعدئذ بتولي مسؤولية التغلب على اضطراب الهلع، وما يصحبه عادة من اكتئاب أو قلق.. وذلك باستعمال أدوية مضادات الاكتئاب والقلق ثم بالطرق النفسية المتنوعة كما نوضح لاحقاً.

يتم للأسرة إرشاد وتوجيه الأبناء وعلاج اضطراب الهلع لديهم بالتعاون مع مختص نفسي أو نفس إجتماعي، بطرق ومراحل عدة أهمها ما يلي:

1- مرحلة الإعلام والمعلومات الصحية... يشرح فيها المختص / المعالج النفسي لعضو الأسرة طبيعة وآليات وأثار اضطراب الهلع عليه. يعرف عضو الأسرة بالنتيجة ما هو الهلع وأن كثيراً من الناس (وليس هو فقط) يعاني من اضطراباته.. وأن الشفاء منه هو ممكن،، كما أنه ليس خطيراً لدرجة يهدد معها بالموت أو الجنون كما قد يعتقد.

2- مرحلة العلاج الجسمي بتغلب طبيب الصحة المختص، على الأمراض العضوية،، استعداداً لتهيئة عضو الأسرة ورفع قدرته البيولوجية على تحمل اضطرابات الهلع وعمليات التصحيح النفسي التي تطرأ عليه بعدئذ.

3- مرحلة العلاج النفسي حيث التعامل مع عضو الأسرة بطريقتين دوائية ثم سلوكية نفسية.

- العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب أو القلق.
- العلاج بالطرق السلوكية- النفسية / الفردية والأسرية والمجموعات الصغيرة بواسطة طرق مثل:

  - الطريقة الإدراكية لإعادة بناء إدراك عضو الأسرة، أو تغيير نمط تفكيره واستبدال أفكاره الاضطرابية بأخرى واقعية وإيجابية أكثر في فهم هجمات الهلع وتهيئته النفسية أو استعداده للعلاج والمضي قدماً فيه حتى الشفاء،، وتطوير فهمه بأن الأسباب التي يعتقدها مثيرة للهلع هي مستقلة عن الهلع نفسه.. الأمر الذي يُضعف مفعول هذه الأسباب عنده.. ويتحرر تدريجياً من الخوف الذي ينتابه برؤية أو سماع أو خبرة العوامل المعنية باعتقاد عضو الأسرة والهلع.
  - الطريقة السلوكية لرفع قدرة عضو الأسرة على التعامل مع مواقف التجنب التي يخاف منها وتثير في نفسه اضطراب الهلع.. وذلك بالتدريب وتعريضه

لهذه المواقف على شكل جرعات متدرجة صعوداً حلى المواقف الكلية المعنية بالهلع.

- أساليب الاسترخاء لمساعدة عضو الأسرة على تنفيس صعوبات الهلع خارج الذات واستعادة وعيه واستقراره الشخصي للتعامل مع اضطراب الهلع.
- الطرق الأسرية والمجموعات المساعدة.. إن الأسرة والمجموعات المتطوعة لرعاية ومعاونة المضطربين بالهلع، تبدو فعالة في الشفاء خاصة عند توفر الطرق العلاجية السابقة لعضو الأسرة.

ويلزم لحصول عضو الأسرة على الشفاء المطلوب نتيجة طرق العلاج آنفاً، أن يستمر بالعلاج ويلتزم بالخطة المتفق عليها لذلك حتى النهاية... بدون تقطع أو إهمال أوتسرب يذكر.. عندئذ يبدأ عضو الأسرة بالتحسن خلال عشرة إلى عشرين جلسة علاجية وبالشفاء العام خلال سنة على الأكثر.

*****

مخاوف الابناء

مفهوم مخاوف الأبناءالاضطرابية

المخاوف Phobias هي مصطلح يوناني الأصل يشير إلى مشاعر الخوف الزائد عن عـادة النـاس، يبديها عضو الأسرة تجاه بعض الحوادث والأشياء. وفي معظم الأحيان، يعترف عضو الأسرة الخـواف بأن سلوكه الاضطرابي ليس له ما يبرره (ليس معقولاً ولا منطقيـاً)، ومـع هـذا يـستمر تلقائيـاً دون وعي غالباً في مخاوفه الاضطرابية..

وتنجم المخاوف الاضطرابية عن حوادث أو خبرات مفاجئة صعبة أكثر مـن قـدرة عـضو الأسرة العصبية الإدراكية والانفعالية على تحملها.. حيث يـصاب نتيجـة ذلـك بالـذعر أو القلـق والهلـع.. ويبدأ في تجنّب المواقف والأشياء المخيفة بإتباع استراتيجيتين في هذا السياق: الهرب Flight وذلـك بالابتعاد أو الاختفاء بعيداً حيث يتحاشى رؤية مصدر الخطر والخوف، أو المواجهة ومحاربـةFight الشيء المخيف أو عمل شيء للانتهاء منه أو تحييد خطورته.

فتعرّض عضو الأسرة للذعر من رؤية أفعى أو خبرة مطبات هوائيـة للطـائرة التـي يـستقلها في السفر جواً، أو الإحساس بإحراج شديد في اجتماع عام... يجعله يرفض مثل هذه المواقف في الحياة اليومية، فترتعد فرائصه وينأى بعيداً عند رؤيته لأفعـى حتـى لـو كانـت غـير سـامة أو صـغيرة أو" بلاستيكية مزورة " أحياناً، ويستبدل الطـائرة في سـفره ومواصـلاته بالـسيارة والقطـار.. ثـم يـرفض المشاركة في الاجتماعـات العامـة المفتوحـة التـي تعقـد عـادة في المـدرجات والمـسارح والـساحات والأماكن العامة.. حتى لو كانت تخص عمله أو دراسته أوحاجـة في حياتـه اليوميـة. يتحـول عـضو الأسرة الحالي عند استفحال المخاوف الاضطرابية لديه إلى كومة هامدة،، لا يخرج من البيـت سـوى في حالات محدودة نادرة.

أنواع المخاوف الاضطرابية – المرضية لدى الأبناء

تتعدد المخاوف كثيراً حتى بلغت في إحدى الدراسات الإحصائية المختصة حديثاً عام 1995، (530) خمسمائة وثلاثين خوفاً اضطرابياً(أنظر المصادر بآخر الكتاب). وربما مع الإضافات الجديدة لأنواع المخاوف التي يعانيها الناس خلال العشرة سنين الأخيرة، فإن هذه الإحصائية قد تزداد لدرجة ملحوظة (عند تحديث القائمة على الانترنيت). ومهما يكن، يميل المختصون إلى تبويب مختلف المخاوف الاضطرابية في ثلاث فئات، هي كما يلي (انظر الجدول):

جدول1: ملخص إحصائي لفئات المخاوف الاضطرابية – المرضية

النوع	نسبتها من مجموع المخاوف	اختلاف الجنس	بداية حدوثها في العمر
1- الخوف من الأماكن العامة مثل الاجتماعات العامة والساحات المفتوحة والجماهير.	%50-10	المعظم من النساء	الطفولة المبكرة
2- الخـوف الاجتماعي مثل الخوف مـن ملاحظة الآخرين لعمـل أو سلوك غير مناسب	%10	المعظم من النساء	المراهقة (الشباب اليافع)
3- المخاوف الخاصة. * الخوف من الحيوانات مثل القطط وال والكلاب والحشرات والعنكبوت والحصان والفئران والأفاعي..	%15-5	المعظم من النساء	الطفولة
* الخوف من المواضيع أو المواقف الغريبة مثل : التراب والارتفاعات الشاهقة والظلام والأماكن المغلقة.	%20	أي جنس	أي عمر
* الخوف من الأمراض والحوادث مثل: الموت والسرطان والأمراض الجنسية كالإيدز وغيره.	%25-15	أي جنس	وسط العمر

كما تتكون المخاوف الاضطرابية بالملاحظة والتعلم حين يزرع الوالدان في الطفل بالملاحظة والتعلم شعور الرهبة بسلوكهم الخائف أحياناً من بعض المظاهر أو الأشياء. فذعر الوالدين مثلاً من رؤية حشرة كصرصور أو حيوان

مثل الفأر أو أبو بريص أو أفعى، فإنهما يُعلمان الطفل درساً قد لا ينساه في خوف الهلع عند رؤيته لهذه الحيوانات. كما يعززان هذا التعلم كل مرة يتكرر فيها نفس الموقف بنفس الاستجابة السلوكية الخائفة.

وقد يعلم الوالدان الطفل الخوف الاضطرابي بالمكافأة كما يحدث عند تجنب الأخير الذهاب للمدرسة خوفاً من الانفصال عن الأسرة، متذرعاً بالمرض كمغص المعدة أو آلام الرأس.. فيستجيب الوالدان كما يلاحظ عادة لذلك بإبقاء الطفل في المنزل.. ويتحول خوف الطفل الأصلي Primal fear من الانفصال عن الأسرة عند تكراره، إلى الخوف من المدرسة باعتبارها العامل الذي يبقى مجهولاً لديه سلوكاً وممارسة وبيئة اجتماعية.

كما يتعلم بعض الأبناء الخوف الاضطرابي من البيئة الاجتماعية بسماع ومشاهدة الآخرين وهم يتحدثون عن مخاوفهم، أو يرتعدون هرباً وتجنباً من ظواهر وأشياء في البيئة. فحديث البعض سلبياً عن الأفاعي والفئران والكلاب والأماكن المرتفعة والعواصف والرعد والبرق.. يكوّن لديهم مشاعر الخوف المتطرفة مؤثراً ذلك على درجات وأنواع تعامله في الحياة اليومية.

وهناك أسباب أخرى تساعد في إحداث المخاوف الاضطرابية منها: العوامل والأشياء المهددّة للبقاء والحياة.. حيث يتجنب الأبناء بالفطرة أي ظاهرة أو شيء يشعرون معهما بالخطورة على حياتهم. وعندما تتعزز هذه المشاعر الفطرية الخائفة بحوادث وخبرات حياتية في الواقع، تتحول بالنتيجة عند تطرفها إلى مخاوف اضطرابية مرضية تستلزم العلاج من جهات عيادية مختصة.

1- **المخاوف من الأماكن الواسعة المفتوحة** Agoraphobia ينتج الخوف الحالي من عدم قدرة عضو الأسرة أو شعوره بالخجل والإحراج عند حاجته (أو رغبته) في الخروج من مكان عام يوجد فيه مثل الأسواق والسوبر ماركات الواسعة والمسارح والساحات والاجتماعات الكبيرة.. بعدئذ، تتحول مثل هذه الأماكن إلى محرمات جغرافية عليه...

وإذا حدث أن تعرض لها مرة أخرى فإن أعراض اضطرابية – مرضية تظهر لديه مثل الدوخة وصعوبة التنفس وتقلبات المعدة والتبول اللاإرادي

وغصّات الأكل أوالشرب.. يقدر المعهد الوطني للصحة العقلية نسبة الراشدين الذين يعـانون مـن مخاوف الأماكن المفتوحة في الولايات المتحدة الأمريكية بحوالي 5.6% معظمهم من النساء بعمـر العشرينات (20 – 30 سنة).

2- **المخاوف الاجتماعية** Social phobias هي اضطرابات غير منطقيـة تـنجم عنـد تعـرض عضو الأسرة لإحراج في مواقف اجتماعية، أو أخرى تتطلب مسؤوليات إنجازية محددّة.. مؤدياً كل ذلك إلى تجنب عضو الأسرة لمواقف التعامل مع الآخرين والانعزال عن الواقع، بما في ذلك الخـوف من الزواج.

وعندما يتجنب عضو الأسرة باستمرار أو بدون مبرر واقعي، المواقف الاجتماعية أو العملية مع الآخرين، يشار إليه بأنه يعاني من قلق الخوف الاجتماعي. مثل هذه المواقف الاجتماعيـة المخيفـة لعـضو الأسرة هنـا: الحفـلات والاجتماعـات العامـة، وتنـاول الطعـام مـع الآخـرين أو بحـضورهم، والكتابة على مرأى من الآخرين، وإلقاء كلمة أمام الجمهور، والتحدث مع الآخرين، ومقابلة أنـاس جدد.

3- **المخاوف الخاصـة** Specific Phobias هـي اضـطرابات الخـوف أو الهلـع والـذعر التـي تنتاب عضو الأسرة نتيجة إحساسه (بالمشاهدة أو الـسماع أواللمـس أوغيرهـا) لأشـياء محـددّة،، مؤدياً ذلك على الفور إلى تجنبه لهذه المنبهـات الحـسية الخاصـة والانـسحاب مـن مواقفهـا. مـن أمثلة المخاوف الخاصة ما يلي:

- الخوف من حيوانـات محـددّة مثـل: الأفـاعي والزواحـف الأخـرى، والكـلاب والقطـط والفـئران والحشرات..
- الخوف من بعض المظاهر الطبيعية مثل: الأماكن المرتفعة مثل الأبنية والجبال المنحدرة العاليـة، والفيضانات والعواصف والبحار والأنهار الهائجة.
- الخـوف مـن الـدماء عنـد الحـوادث والجـروح، أو مـشاهدته عـلى الآخـرين، أو منساحاً على الأرض، أوالتزودّ به عند العمليات الجراحيـة أو إعطائـه بواسـطة الإبـر المعروفـة... تـصيب كـل هـذه المـشاهدات عـضو الأسرة غالبـاً بالـذعر

والانسحاب الفوري من مواقفها. إن الخوف من رؤية ذبح الحيوان واللحوم يقع ضمن هذه الفئة.

- الخوف من بعض المواقف الخاصة مثل: المواصلات العامة والأنفاق والمصاعد والركوب بالطائرة وقيادة السيارة والأماكن الضيقة المغلقة والجسور والممرات أو الأودية السحيقة.

- الخوف من أشياء أو مواضيع أخرى من غير الواردة في الفئات الأربع آنفاً مثل: عضات الحلق وتقلبات المعدة والأمعاء، والإصابة بالأمراض المعوية والظلام والمواقع الإنهدامية، والعنوسة والشيخوخة وجرس الهاتف أو جرس باب المنزل...

وتبدو المخاوف الخاصة عموماً، عندما يُظهر عضو الأسرة تجنباً من التعامل مع أشياء أو أعمال أو حوادث أو مسؤولية أو مواقف محددة بعينها، تثير فيه القلق كلما ذكرت على مسامعه أو عرضت على مشاهده. مثل هذه المواقف الخاصة المخيفة: السفر بالطائرة، الأماكن المرتفعة، بعض أنواع الحيوان، الدم وإبر الدواء، والبحر أو المياه العميقة، الجسور المرتفعة وغيرها..

4- مخاوف القلق العام أو المعمّم Generalized anxiety

إن أهم مؤشرات مخاوف القلق العام أو المعمم هو إنزعاج أو قلق زائد يعيشه عضو الأسرة لأيام عديدة حول أشياء أو أعمال أو أنشطة متنوعة، مثل العمل / الوظيفة والأسرة ومصادر التمويل والصحة (وليس موضوعاً واحداً كأنواع القلق الأخرى المذكورة آنفاً أو لاحقاً) وذلك لدرجة متطرفة يصعب ضبطها... وترافق مخاوف هذا القلق ثلاثة أعراض على الأقل من الستة التالية: التشوش الحركي، والتعب أو الإجهاد، والتركيز الإدراكي الضعيف، والتوتر، والتصّلب العضلي واضطرابات النوم.

5- مخاوف اضطراب حصر ما بعد الصدمة Post-traumatic Stress Disorder

تحدث مخاوف القلق الحالي نتيجة خبرات عضو الأسرة مباشرة بنفسه أو بأحد معارفه لحادث سَبّب موتاً فعلياً،أو تهديداً بالموت أو إصابات جسمية

خطيرة، مستجيباً بذلك لشعور وسلوك من الخوف الشديد والرعب والعجز عن التفكير.

تشخيص المخاوف الاضطرابية المرضية لدى الأبناء

يمكن لمختص العلاج، تشخيص حالة المخاوف الاضطرابية المرضية باعتبار العمليات التالية:

1- **تحديد نوع ودرجة حالة الخوف لدى عضو الأسرة**. وهنا يقابل المعالج عضو الأسرة أو الزبون شخصياً ويقرر معه نتيجة ذلك، أولاً ما إذا كانت الحالة مَرَضية أو عادية من خلال:

- ❖ حالة القلق أو الاضطراب أو الهلع التي تنتاب عضو الأسرة عند تذكره الشيء المخيف، أومشاهدته له، أو الطلب منه القيام به إذا كان سلوكاً أو عملاً.
- ❖ درجة التجنب أو الابتعاد والتهرب من سماع أو رؤية أو عمل الشيء.
- ❖ الحالة الصحية والتاريخ الشخصي لنمو وتعامل عضو الأسرة في الأسرة والمدرسة ومع الأقران أو الزملاء عموماً.
- ❖ مدى ارتباط الخوف الاضطرابي بشيء أو ظاهرة أو عمل في الواقع.

2- تحليل عوامل الخوف بغرض العلاج

يقرر المختص العلاجي في هذه العملية إذا كانت درجة المخاوف حادة أو شديدة لا تتناسب مع طبيعة عضو الأسرة ومتطلباته النفسية السلوكية... وملاحظة هربه أو تجنبه السريع مذعوراً من مشاهدة أو سماع أو موقف أو مسؤولية محددة... مصحوباً ذلك بمؤشرات سلبية جسمية أو في سيرته الشخصية الماضية في الأسرة أو مع الأقران / الزملاء أو في المدرسة أو العمل.. الأمر الذي يستشف منه أن عضو الأسرة يعاني من حالة المخاوف

الاضطرابية – المرضية،، والذي يشير تلقائياً إلى ضرورة تعريضه لعلاج عيادي مناسب.

وهنا، إذا كانت مخاوف عضو الأسرة مرتبطة بموقف أو أكثر خارج البيئة الأسرية، فإن هذه المخاوف الاضطرابية تكون من نوع الخوف من الأماكن العامة المفتوحة.. أما إذا كانت المخاوف متصلة بمواقف التعامل مع الآخرين في العمل أو المدرسة أو الحي أو السوق أو غيرها فإنها (أي المخاوف) تكون اجتماعية في طبيعتها.. وأخيراً، إذا كانت المخاوف مرتبطة بأشياء أو مواقف خاصة محددّة مثل: بعض عوامل الطبيعة أو الحيوان أو الحوادث أو الخبرات الشخصية.. فإن المخاوف تكون خاصة مرتبطة بخصوصية الزمان والمكان الذي يكون فيهما عضو الأسرة..

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة مخاوف الأبناء

بينما يمكن لعضو الأسرة الشفاء من مخاوفه الاضطرابية – المرضية نتيجة جلسة عيادية واحدة في الأحوال العادية لهذه الاضطرابات، فإن بعض الحالات الشديدة أو الحادة، قد تتطلب عدة جلسات وبدائل علاجية للتغلب عليها.. ومهما يكن، يتوفر لعلاج المخاوف الاضطرابية – المرضية عدة طرق أهمها:

1- **العلاج الإدراكي** Cognitive Therapy والعقلاني المنطقيRational Therapy الذي يمكن للمعالج بهما تغيير الحقائق والمفاهيم المشوهة لدى عضو الأسرة حول موضوع المخاوف التي تنتابه بواسطة الإقناع والتوضيح والحوار والعروض المعلوماتية.

2- **العلاج السلوكي**، وهنا يعتمد المعالج واحداً أو أكثر من الأساليب أو الإجراءات التالية:

- الاقتران التقليدي بتغيير استجابة عضو الأسرة الانعكاسية غير المشروطة نحو أشياء ليست بالضرورة خطرة أو ضارة كما يتوهم أو يتوقع عادة...

- الاقتران المعاكس أو المضاد Counter Conditioning الذي كان واتسون أول من ابتكره عام 1924 حيث يحاول فيه عضو الأسرة الاستجابة الهادئة المسترخية أو غير المكترثة بدل الخائفة المذعورة... مؤدياً ذلك تدريجياً إلى تخلي الأخير عن مخاوفه الاضطرابية.

- التفريغ التدريجي المنظم لمنبهات الخوف الاضطرابي.. Systematic Desensitization بتقديم منبهات الخوف تدريجياً من البسيطة الضعيفة في قوتها أو درجتها إلى المرتفعة التي يخشاها عضو الأسرة...يؤهل هذا الإجراء الأخير من خلال اعتياده على منبهات الخوف النفسي الذي يخبره أثناء ذلك، إلى شفائه من مخاوفه الاضطرابية المرضية.

- تعريض عضو الأسرة لمنبهات الخوف لديه وأحياناً بكثافة شديدة فيما يشار إليه أحياناً بفيضان Flooding المنبهات المخيفة... يتحقق عضو الأسرة نتيجة هذه الخبرة أن المعاناة النفسية التي يعيشها لا يوجد ما يبررها في الواقع، متخلياً بذلك عن مشاعره الخائفة الاضطرابية.

- الاسترخاء Relaxation، يعتبر الاسترخاء في هذه الأيام وسيلة فعالة في التغلب على العديد من المشاكل الفردية.. نظراً لعامل التهدئة النفسية التي تتبلور لدى عضو الأسرة، مؤدياً به هذا الاستقرار النفسي إلى استعادة قواه العقلية على التفكير المنطقي الواقعي والخروج بالنتيجة من المشكلة التي يعاني منها. يتوفر الآن العديد من المصادر والمواد السمعية المكتوبة التي تعلم الأفراد مبادئ وأساليب الاسترخاء النفسي حيث يمكن بسهولة الحصول عليها من المكتبات التجارية العامة.

3- **العلاج الاجتماعي بالتعليم**. يتبنى المعالج أو عضو الأسرة واحداً أو أكثر من البدائل التالية:

- تقليد النماذج بالملاحظة والنسخ... يلاحظ عضو الأسرة عدداً من الآخرين الذي يتعرضون أو يخبرون منبهات الخوف التي يعاني منها... مؤدياً ذلك إلى تشجيعه لتقليد ونسخ ما يقومون به نتيجة إقناعه في الواقع بعدم منطقية الضرر الذي يعتقده في هذه المنبهات.

- التحدث مع الآخرين حول مشكلة الخوف خاصة أفراد الأسرة والأقارب والأصدقاء الذين يثق بحرصهم عليه وإخلاصهم له.

- مجموعات التدريب والمتخصصة بفئة أو مشاكل معينة.. حيث يتمكن عضو الأسرة من خلال عضويته في اجتماعات هذه المجموعات والحديث وتبادل الآراء، من تطور إدراكه / وعيه لمشكلة الخوف والحلول التي يمكن إتباعها للشفاء.

4- **العلاج بالأدوية المهدئة** وخاصة ما يرتبط منها بمضادات اضطرابات القلق Anxiety والاكتئاب Depression والأدوية المساعدة على النوم... ومهما يكن، يتوجب الحصول على هذه الأدوية العلاجية fاستشارة طبيب وبمتابعته عموماً.. لكون بعضها قد يؤدي إلى نوع من الإدمان على تناولها.

5- **العلاج السلوكي الإدراكي** Cognitive – Behavioral Therapy

يجمع العلاج الحالي بين أساليب العلاجين السلوكي والإدراكي، حيث يأخذ في الاعتبار التأثيرات البيئية على السلوك... بينما يؤكد الإدراكيون أن عضو الأسرة يمتلك الخيار والقرار في توقيت ونوع وقوة الاستجابة التي يبديها لمنبهات البيئة.

ومن هنا، فإن العلاج السلوكي – الادراكي يركز على وعي ما يحدث في البيئة، وما يحدث من تأثير على التفكير والسلوك الفردي حتى يستطيع ضبط ما يتفاعل مع هذه البيئة من أفكار وسلوك.

*****

اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

مفهوم اضطراب الوسواس القهري

يبـدو اضـطراب الوسـواس القهـري Disordered Obsessive-Compulsive في تكـرار عـضو الأسرة لسلوك معين مرات ومرات على مدار الساعة أحياناً, بغرض ضبط أو كمال الموضوع الـسلوكي الـذي يجري التركيز عليه. إن غسل اليدين ومسح الغبار عن الممتلكات المنزلية وعدم الـسلام باليـد عـلى الآخرين والابتعاد أكثر من المعتاد عن الآخرين عند التحدث أو التعامل خوفا من العدوى, وغـسل الثياب والفحص المستمر للأشياء أو غيرها أو ترتيبها أو تنظيمها بصفة متكررة مستمرة ساعة بعـد الأخرى ويوما بعد يوم, هي أمثلة للأعراض السلوكية لإضطراب الوسواس القهري.

ويُشبّه البعض اضطراب الوسواس القهري ب"الحزقة العقلية" وهو مع ذلك في الأسـاس اضـطراب دماغي يؤدي إلى مشاكل في الخلايا العصبية عند معالجة المعلومات، حيث تظهر أعراضـها بـصيغة تكرارات سلوكية محمومة لا مبرر لها أبداً، وتعيق في نفس الوقت تعامل عضو الأسرة في العمـل أو المدرسة وفي تكوين واستمرار علاقاته الشخصية والاجتماعية مع الآخرين.

ويحدث اضطراب الوسواس القهري في الولايات المتحدة بنسبة 1 % من مجمـوع الـسكان. أي أن حوالي 2.5 أثنين ونصف مليون فرد يعاني من هذا الاضـطراب في المجتمـع الأمـريكي، كـما أنـه أكـثر حدوثا لدى الرجال من النساء.

وعضو الأسرة الوَسْواس يبدو منزعجـاً بأفكـار أو تخـيلات مـستمرة يـصعب تجاهلهـا أو نـسيانها. وبينما تكون هذه الأوهام الإدراكية مقلقة ومـشوشة لشخـصيته، يَخـبر نتيجتهـا تقلبـات عاطفيـة، فأنها تظهر لديه على شكل عنف أو مخاوف من أشـياء أو أفـراد أو أنـشطة في البيئـة كالالتهابـات والعدوى بالأمراض والجراثيم والميكروبـات والوقـوع في مخـاطر الاعتـداء مـن الغـير.. فـنرى عـضو

الأسرة بهذا يقوم بسلوكيات متكررة على مدار الساعة لتلافي هذه التقلبات أو المخاوف واستبدالها بأخرى سارة أو مقنعة نفسيا له. أن عضو الأسرة محكوم خلال اضطراب الوسواس القهري بثلاثة أغراض نفسية هي باختصار ما يلي:

1 - السعي للكمال : يضع عضو الأسرة باضطراب الوسواس القهري معايير مرتفعة متزمتة لتطبيقها في تحقيق أو تنفيذ السلوك المطلوب. كما يتردد عادة في عمل المطلوب خوفا من عدم أدائه بالدقة والانضباط والتنظيم التي يفكر بها.

2 - الانشغال الزائد بالتسلسل والتنظيم المفصل للأشياء. فهو يعطي أهمية بالغة للتفاصيل.. حيث في غمرة التركيز على هذه التفاصيل والمواصفات المطلوبة، يفقد (بالنسيان) الغرض الذي سعي إليه جراء المهمة التي يقوم بها.

3 - الضبط العقلي والعلاقات الشخصية. يميل عضو الأسرة هنا بالتحكم بعواطفه وانفعالاته لأن التغيير عنها هو نقطة ضعف لا يرغبها.. وبهذا، تسمع عضو الأسرة يقول : أنا أفكر بدل القول : أنا أشعر..

واضطراب الوسواس القهري يعود في عوامله جزئيا إلى أصول وراثية دماغية (خلل في آليات الخلايا العصبية المفكرة).. حيث تشير الدراسات أن الأبناء المضطربين بالوسواس القهري لديهم أقرباء يمتلكون نفس الاضطراب. ويظهر اضطراب الوسواس القهري لدى الذكور في وقت مبكر بين عمر 6 - 15 سنة أكثر من الإناث اللواتي يلاحظ لديهم بعمر المراهقة المتأخرة والرشد المبكر... أي بعمر 16 - 25 سنة. ومهما يكن العمر الذي تبدو فيه أعراض اضطراب الوسواس القهري، فأن معظم الأفراد الذين يتعرضون للعلاج, يتم شفاؤهم بالكامل ويواصلون حياة عادية ضمن الاجتماعات المدنية التي يعيشونها.

أسباب اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

تقترح الدراسات أن اضطراب الوسواس القهري يعود إلى مشاكل في الاتصال بين الجزء الأمامي للدماغ Orbital Cortex والأجزاء الداخلية في

الدماغ Basal Ganglia. ولما كانت هذه الأجزاء أو الأبنية الداخلية تستخدم في عملها الإدراكي العصبي، مراسل كيماوي يدعى السيرتونين Serotonin، فإن من المعتقد الآن أن عدم توفر مستويات كافية من السيرتونين يسبب مباشرة الاضطراب الحالي: الوسواس القهري.

ومن هنا، فإن إعطاء عضو الأسرة جرعات من السيرتونين أو علاجه إدراكياً سلوكياً، يوفر لدماغه مقادير أعلى من السيرتونين الضروري، فتعود بالنتيجة الخلايا العصبية للعمل عادياً.

أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

تبدأ أعراض الوسواس القهري بأفكار وتخيلات ونوازع متكررة مرة بعد الأخرى بدون قدرة عضو الأسرة على التحكم فيها.. فهي دائماً تشغل باله فيبدو مهموما قلقا وخائفا.. مما يضطره للتصرف على شكل لوازم أو شعائر أو روتينيات سلوكية لتحييد مشاعر الخوف أو الضيق النفسي التي يخبرها نتيجة الأفكار أو النوازع القهرية. فغسل اليدين حتى تتورم الواحدة منهما، وتفقّد المكواة والغاز ومخارج الكهرباء للتأكد من غلقها تجنباً لاحتراق المنزل، وغسل الملابس عدة مرات للخلاص من الميكروبات العالقة بها.. والعد المتكرر للفلوس والأشياء الأخرى للتأكد من سلامتها أو عدم نقصها.. هي أمثلة للأعراض التي تشير إلى معاناة عضو الأسرة من اضطراب الوسواس القهري..

هناك أيضاً أعراض مرافقة لاضطراب الوسواس القهري أهمها: الاكتئاب والقلق والتشوش السلوكي التي تتدخل كلها سلباً في عمل عضو الأسرة أو دراسته وحياته الاجتماعية وعلاقاته الشخصية مع الآخرين.

تشخيص اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

يبدأ التشخيص بملاحظة وتقرير الأسرة لأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أحد أفرادها مثل تكرار الطفل بصفة مستمرة لسلوك محدد مثل النظافة أو عدّ وتفقد ممتلكاته الشخصية أو / والمدرسية.

ومع معرفة المختص / المعالج النفس اجتماعي بحالة عضو الأسرة، يبدأ بدراسة وضعه الاضطرابي بجمع بيانات شاملة لتاريخه الشخصي بالمقابلة والأسئلة المباشرة وبالاستعانة بالأسرة خاصة إذا كان الأخير طفلا أو قاصرا.

وقد يحتاج عضو الأسرة في تشخيص الحالة الاضطرابية إلى الرجوع لعدة جهات طبية مختصة أو معالجين نفس اجتماعيين، للتوصل إلى قرار تشخيص صحيح للوسواس القهري وعدم خلطه بأعراض أو اضطرابات أخرى.

يمكن على أي حال استعانة الأسرة أو المختص / المعالج بالأضافة لما يتوفر من أدوات ومهمات، بالاستبيان التالي. إن المعلومات التي يوفرها هذا الاستبيان هي سرية لا يحق لأي جهة أخرى الإطلاع عليها في العادة. إن قيام عضو الأسرة بأي تصرف في الاستبيان، يشير الى معاناته من وسواس قهري يخص مباشرة موضوع التصرف. أما إذا تعددت التصرفات الوسواسية القهرية، فيعني معاناة عضو الأسرة من إضطرابات عدة في هذا الإطار،، الأمر الذي تكون مهمة المعالج مركبة، يتناول بالتصحيح فيها كل موضوع تنص عليه هذه الاضطرابات الوسواسية القهرية.

أجب بنعم (√) أو لا (x) عن كل سؤال مما يلي :

أ - هل خبرت خلال الشهر الأخير قلقا أو ضيقا من توارد أفكار أو تخيلات أو أوهام غير سارة في عقلك بصفة مستمرة؟

1 - هل تعيش هموماً من التلوث بالتراب أو الميكروبات / الجراثيم والكيماويات والمواد المُشّعة؟

2 - هل تبدو مشغولاً في تنظيم على ممتلكاتك من ملابس وأدوات ومواد غذائية بالمطبخ أو الثلاجة؟

3 - هل يخطر في عقلك تخيّلات الموت أو حوادث مرهبة أخرى؟

4 - هل لديك أفكار دينية أو جنسية غير مقبولة؟

5- كم مجموع الوقت الذي تنشغل خلاله بمثل الأفكار والمواضيع أعلاه؟

6- كم من الضيق او الكآبة تُسببّها لك الأفكار والمواضيع أعلاه؟

7-كم صعباً يبدو لديك التحكم بمثل الأفكار والمواضيع أعلاه؟

8- كم تسبب لك الأفكار والمواضيع أعلاه تجنب عمل أي شيء أو الذهاب لأي مكان او الاجتماع بأي إنسان؟

9- كم تعيق الأفكار والمواضيع أعلاه دراستك او عملك او حياتك الأسرية او الاجتماعية؟

ب- هل تشعر بالقلق كثيرا حول أشياء مرعبة قد تحدث لك؟

10- هل تشعر بالقلق من تعرض منزلك للنار أو السرقة أو الفيضان؟

11 - هل تقلق من إمكانية إصابة أحد المشاة بسيارتك؟

12-هل تقلق من الإصابة بالعدوى من مرض محدد؟

13 - هل تقلق من احتمال فقدان شيء ثمين؟

14 - هل تقلق من الاساءه والأذى لفرد تحبه نظرا لإهمالك في التعامل معه؟

ج- هل تقلق من احتمال التصرف بطريقة غير واعية، مثل :

15-هل تبدو مشغولاً بالإيذاء الجسمي لفرد تحب؟

16- هل تبدو مشغولاً بدفع الناس من أمامك؟

17- هل تبدو مشغولاً باعتراض الاخرين القادمين بالأتجاه المعاكس لك؟

18- هل تبدو مشغولاً بسلوكيات محرجة للآخرين؟

19- هل تفكر بإيذاء الآخرين بواسطة دس السم في طعامهم؟

د - هل تشعر أنك مدفوعا للتصرف بسلوكيات محدد مرة بعد الأخرى؟

20-هل تبدو مشغولاً بصفة مستمرة بغسل يديك أو تنظيف جسمك وترتيب مظهرك؟

21- هل تبدو مشغولاً بصفة مستمرة بفحص مفاتيح الكهرباء ومفاتيح طباخ الغاز، وحنفيات المياه، وأقفال الأبواب بالمنزل أو مكابح سيارتك؟

22- هل تبدو مشغولاً بعدّ أو ترتيب الأشياء أو الممتلكات لديك؟

23- هل تهتم بجمع الأشياء المستهلكة أو بتفقد الأشياء التي ترميها في سلة القمامة لعدة مرات؟

24- هل تكرّر عدة مرات انجازك أو قولك للأشياء سعياً للأتقان؟

25- هل تشعر بالحاجة إلى لمس الأشياء أو الناس؟

26- هل تعيد قراءة أو كتابة أو فتح مغلف الرسائل عدة مرات قبل إرسال ما تريد بالبريد؟

27-هل تتجنّب بإستمرار لوناً محدداً (مثل الأحمر الدال على الدم أو الأسود الدال على الحزن في منطقة الشرق الأوسط)؟

28- هل تتجنب أرقاماً محددة مثل 13(الذي يتشاءم منه الناس في الغرب)؟

29- هل تتجنب الأسماء التي تبدأ بحرف الميم كأول حرف بكلمة الموت؟

30- هل تشعر بالحاجة لتأكيد ما تقول، إلى القسم بالمقدسات حتى يُصّدقك الآخرون؟

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

ان اضطراب الوسواس القهري قد يأتي ويختفي لعدة مرات خلال حياة عضو الأسرة. وبهذا يلزم عضو الأسرة مع أفراد أسرته ان يتثقف في موضوع اضطرابه : الوسواس القهري وطرق العلاج والوقاية منه،، او على الأقل من التخفيف من حدته عند عودة الاضطراب في الازمات الحياتية او العملية التي قد تثيره مرة أخرى. ويتم التثقيف الوقائي المطلوب هنا بالقراءات الفردية والمشاركة في الندوات والأنشطة الإعلامية والحديث مع المختصين / المعالجين كلما أمكن او استدعى الأمر ذلك.

مبادئ عملية للأسرة في التغلب على مشكلة اضطراب الوسواس القهري لدى الأبناء

إن الأسرة وما تمتلكه اجتماعياً وعرقيًا ومادياً ونفسياً وتربوياً من مسؤولية شرعية، هى العامل الحاسم لشخصيات الأبناء: نشأة وتربية وعلاجا. يمكن للأسرة التعاون في تنفيذ ومتابعة العلاج لابنها وإبنتها بمراعاة المبادئ التالية :

1. تفهم وفهم اضطراب الوسواس القهري من حيث أعراضه ومعاناته، والصبر في التفاعل مع متطلباته، وفي الرعاية المتوقعة منها لعضو الأسرة والتثقيف بخصوص اضطراب الوسواس القهري.

2. التعامـل البنـاء مـع المـضطرب بالوسـواس القهـري في مجـال الـسلوكيات القهريـة المتكـررة، وتحمّلها والتسامح بأقصى درجة معها خاصة عند تشويش او تقطع الروتين او النظام الأسرى.

3. التحلي بالهدوء والتعزيز النفسي والسلوكي لعـضو الأسرة عنـد اضـطرابه الـسلوكي المتكـرر دون الانتقـاد او العقـاب والتعليقـات الـسلبية او التعنيـف عـلى مـا يقـوم بـه, لكونهـا تزيـد الحالـة الاضطرابية سوءً.

4. التعاون مع المختص / المعالج النفس إجماعي في تخطـيط وتنفيـذ ومتابعـة الوصـفة العلاجيـة لاضطرابات الوسواس القهري.

5. التعاون مع المعلمين والإدارات المدرسية في توضيح حالة عضو الأسرة الاضطرابية لفهم المعانـاة والأعراض والحاجات التي يخبرها.

6. العناية والمتابعة لحالة عضو الأسرة الاضطرابية وعدم التأفف او اليـأس او الإهـمال. إن توزيـع الأدوار والوقت في هذا الإطار لكل أعضاء الأسرة يسهل كثيرا من المسؤوليات الأسرية المطلوبة هنا.

طرق علاجية يمكن للأسرة إعتمادها في التغلـب عـلى مـشكلة اضـطراب الوسـواس القهـري لدى الأبناء

يتم العلاج بطرق اهمها التربية الفردية وبالأرشاد والتوجيه والطب الدوائي، والعلاج النفسي بطرق التعديل السلوكي والإدراكي السلوكي والأسري ثم العلاج النفسي الدوائي المـشترك.. أي العـلاج النفـسي بتعزيز أو مرافقة دواء مناسب محدد للوسواس القهري.

1 - العلاج النفسي بطرق التعديل السلوكي والإدراكي الـسلوكي. يـستخدم التعـديل الـسلوكي في تغيـير اللـوازم الحركيـة القهريـة المتكـررة. أمـا العـلاج الإدراكي الـسلوكي Cognitive-Behavioral Theory فيأخذ على عاتقه تغيير المعتقـدات الوسواسـية والتفكـير بـأكثر عقلانيـة في الأشـياء،، ثـم تعريض عضو الأسرة لمواقف الوسواس القهري التي يعاني منها للتحقق من عدم ادائها كما يتصور.

أن استعمال الطريقتين معاً: الإدراكية والسلوكية باسم العلاج الإدراكي السلوكي يعطي في العادة نتائج فعالة متكاملة أجدى من الإكتفاء بواحدة منهما.فإذا كان عضو الأسرة على سبيل المثال يعاني من وسواس الإصابة بالجراثيم أو الميكروبات، فيلاحظ بالنتيجة دائم الوقوف على المغسلة ينظف يديه مرة تلو الأخرى كلما تناول شيئا مثل النقود أو مد يده للسلام على الآخرين..

يعمد المختص أولاً بالعلاج الإدراكي، إلى محاورة وإقناع عضو الأسرة بأن هذه الميكروبات ليست خطرة للدرجة المميتة التي يعتقدها.. وكل ما يلزم فقط هو غسل اليدين مرة واحدة عند الانتهاء تماما من فترة العمل أو / وقبل أخذ وجبة الطعام.

يتبع عملية الإقناع وتغيير المعتقدات الإدراكية القاسية لعضو الأسرة تعريضه سلوكياً لمواقف عدّ وتناول العملة (النقود) أو الأخذ والرد والسلام على الناس بدون سماح المختص/المعالج له بغسل يديه كل مرة يعطي أو يأخذ شيئاً. وعند تكرار هذه العمليات العلاجية الإدراكية السلوكية مع عضو الأسرة لعدة مرات في عدة مواقف مختلفة.. يبدأ الأخير في الغالب بالتخلي عن وساوسه الفكرية وتصرفاته القهرية.. متماثلاً للشفاء المطلوب.

وحتى يصل عضو الأسرة إلى النتائج الشفائية الفعالة المطلوبة بالعلاج النفسي ينصح بمراعاة المبادئ التالية :

* المحافظة على المواعيد واتباع التعليمات الموجّهة له.

* المحافظة على الأمانة والإنفتاح مع المختص / المعالج وعدم اللجوء إلى التسرب أو المناورة خلال عملية العلاج.

* القيام بالواجبات العلاجية الموصوفة له بدون تأخير أو نقص.

* تزويد المختص / المعالج بتغذية راجعة عن مدى تقدم عملية العلاج والتطورات الإيجابية أو السلبية التي تطرأ على حالته الاضطرابية. أن عضو الأسرة الذي يُنهي 12 - 20 جلسة من علاجه النفسي المطلوب (الإدراكي

السلوكي) بالصيغ والمواعيد والتعليمات الموصوفة لـه، يحـصل عـلى نتـائج شـفائية مـن الوسـواس القهري تتراوح بين 50 - 80 %.

أما عند استجابة عضو الأسرة للعـلاج الإدراكي الـسلوكي.. أي إعتقـاده بجـدواه وتفـضيله لـه.. فـإن نتائج التحسين لديه تدوم لسنين طويلة. كما أن استعمال الدواء المناسب خلال هذا العلاج الإدراكي السلوكي يعطي نتائج أسرع وأقوى كما تفيد الدراسات المتخصصة في هذا الإطار.

2- العلاج بالطب الدوائي. هناك أدوية عديدة مطروحة الان في الأسواق لعلاج الوسـواس القهـري.. وفي كل الأحوال يجب استشارة طبيب نفسي مختص حيث تؤخذ فقط بناء على وصفة لـذلك. مـن مثل هذه الأدوية العينة التالية :

الدواء	الجرعه الدوائية اليومية	الوضع الرسمي للترخيص بالاستعمال
Clomipramine	25 –250 ملغم	مرخص من الحكومة الأمريكية للاستعمال مع الأطفال بعمر 10 فأعلى
Fluoxetine	5-60ملغم	مرخص من الحكومة الأمريكية للاستعمال مع الأطفال بعمر8 سنين فأعلى
Fluvoxamine	25 – 250 ملغم	غير مرخص رسميا حتى ألان
Paroxetine	10 – 30 ملغم	غير مرخص رسميا حتى ألان
Sertaline		بصدد الترخيص رسميا
Citalopram	50– 150ملغم	غير مرخص رسمياً حتى الان

أما الأفراد اللذين يفتقرون الإمكانيات المادية لشراء أدوية اضـطراب الوسـواس القهـري.. وهـي في الغالب مرتفعة الثمن (تكلف يوميا بين 6-7 $ دولاراً أمريكياً) , فنقدم الجهات التالية التـي يمكـن الحصول منها علي أدوية بالمجان (بدون مقابل).. على الأقل في الولايات المتحـدة الأمريكيـة. آملـين ان تنسحب هذه المجانية على المحتاجين في البيئات الأخرى خاصة بالبلدان النامية.

وبينما يفضل إجراء فحوصات للجسم والدم والحساسية والآثار الجانبيـة الأخـرى لتحديـد الـدواء والجرعه الأكثر ملائمة لعلاج حالة عضو الأسرة الاضطرابية , فـأن الآثـار الجانبيـة التـي قـد يحـدثها الدواء , ترتبط بعوامل منها :

- ❖ نوع ومقدار جرعة الدواء اللذين يتعاطهما عضو الأسرة.
- ❖ تركيبة (كيماوية) الدم لدى عضو الأسرة.
- ❖ عمر عضو الأسرة.
- ❖ الأدوية الأخرى التي يأخذها عضو الأسرة بجانب دواء الوسواس القهري.
- ❖ الظروف الصحية الأخرى التي يعيشها عضو الأسرة.

Obsessive-Compulsive Foundation: Miscellaneous Information

Free Drugs for the Poor

DRUG NAME:	MANUFACTURER	CONTACT INFO:
Luvox	Solvay Patient Assistance Program	800-788-9277
Prozac	Lilly Cares Program	800 -545-6962
Paxil	SmithKline Paxil Access To Care Program	800-546-0420 (patient requests) 215-751-5722 (physician requests)
Zoloft	Pfizer Indigent Patient Program	800-646-4455
Anafranil	Ciba-Geigy Patient Support Program	800-257-3273 908-277-5849
Celexa	Forest Laboratories' Indigent Patient Program	800-678-1605 (physician requests)

www.ocfoundation.org/

ولا يتوقع من عضو الأسرة اخذ الدواء لعلاج الوسواس القهري مدى الحياة، بل يعمد مـع المخـتص الى صيانة نتائج الشفاء التي يحصل عليها بمراعاة ما يلي:

- ❖ زيارة المختص المعالج باستمرار خلال ستة اشهر تالية على الأقل.
- ❖ الاستمرار بالعلاج الدوائي لمدة سنة على الأقل قبل التوقف عنه او/والتحول الى العلاج النفسي.. مع العودة للعلاج عند حدوث نكسات في الحالة الاضطرارية عند خبرة عضو الأسرة لنوبات من الوسواس القهري.
- ❖ سحب الدواء تدريجيا من الاستعمال وليس مرة واحدة, لتعويد الفرد على المحافظة على نتائج التحسين لديه بدون الإحساس بفقدان المعزز الدوائي الذي ساعده في الوصول لهذه النتائج.
- ❖ العودة لاستشارة المختص / المعالج اذا عاودت اعراض اضطراب الوسواس القهري كليا او جزئيا مع عدم الشعور بالغضب او القلق من ذلك.. لكون الاضطراب الحالي يدوم نسبيا لفترة طويلة خلال الحياة دون اختفائه نهائيا وبالمطلق كحال عدد من الاضطرابات الاخرى.

*****

الموضوع الحادي عشر

إضطراب ضيق ما بعد الصدمة

مفهوم اضطراب ضيق ما بعد الصدمة

يعتري اضطراب الضيق(Post- Traumatic Stress Disorder (P T S D عضو الأسرة بعد تعرّضه لحادث طارئ جسيم على نفسه او عقله أو عاطفته او جسمه، كحال مشاهدته لموقف مفجع للآخرين، او في البيئة مثل تحطم او انفجار الطائرات او الحافلات او المحلات العامة.. واجتياح الأعاصير المدمرة أو قوات عدائية غازية، او مواجهته شخصياً للموت في حادث سيارة او طريق او فيضان او حرب او رحلة بحرية او برية، او الاعتداء عليه من الغير بالسرقة او العنف الجسدي او الجنسي او الأسرى, أو بالخسارة المفاجئة لإنسان قريب او حميم نتيجة الموت او الفراق, يبدو أي من هذه الحوادث على عضو الأسرة بصيغة كآبة وخوف ويأس ورعب تعيق جميعاً سلوكه المدني في الحياة الاجتماعية او العملية او الدراسية اليومية.

ويظهر اضطراب ضيق ما بعد الصدمة لدى عضو الأسرة بملاحظة ثلاثة أعراض متصلة معاً هي :

- توارد intrusions صور او خبرات الصدمة في عقله بومضات مزعجة من التذكر او أحلام مخيفة يستعيد فيها تفاصيل تلك الحوادث المؤلمة,
- والتجنب avoidance يحاول به عضو الأسرة التقليل او الحدّ من تعرضه للناس او الأشياء او الأماكن او الأعمال التي تذكره بالماضي المفجع مرة أخرى ثم
- اليقظة المفرطة hyper arousal بالحذر الشديد والاستجابة الهائجة المضطربة.

أن القدرة على تحمل الصدمة والتعرض بالتالي لاضطراباتها النفسية والسلوكية تختلف من عضو الأسرة إلي آخر ومن عمر إلى عمر. فالمزاج

المتوازن وقدرته على التحمل وخبرته السابقة في مواجهة الصدمات الحياتية، تساعده على الخروج من أزمة الضيق النفسي أكثر من نظيره الأقل مزاجاً أو قدرة وخبرات..

كما أن الأبناء الأطفال الخجولين الذين يعانون من إضرابات أخرى او أمراض او معيقات جسيمة أو اجتماعية او اقتصادية أو وظيفية.. يبدون اكثر عرضة لاضطراب ضيق ما بعد الصدمة وأشد معاناة من أعراضه النفس سلوكية.

أعراض لضيق ما بعد الصدمة لدى الأبناء

يبدو عضو الأسرة المضطرب بضيق ما بعد الصدمة مذعورًا بصفة مستمرة من أفكار وذكريات اضطراب خاصة بالكارثة التي تعرض لها, وفاقد الإحساس بالناس حوله حتى أقربهم اليه تبدو مجمل أعراض الضيق بالأنواع التالية:

أ- أعراض عامة لاضطراب ضيق ما بعد الصدمة : يلاحظ على عضو الأسرة هنا قائمة الأعراض العامة التالية :

1- معايشة متكررة لأحلام مرعبة.

2- معايشة متكررة لتصورات أو تخيلات مزعجة خلال اليقظة بالنهار.

3- خبرة مشاكل في عادة النوم.

4- الشعور بالاكتئاب.

5- الانفصال عن البيئة او عدم الإحساس بالبيئة المحيطة.

6- سرعة التهيج .

7- فقدان الاهتمام بالحوادث والأنشطة والأشياء التي يستمتع بها سابقاً.

8- صعوبة الشعور عاطفياً بالآخرين.

9- الشعور بالإثارة والغضب أكثر من قبل.

10- الميل للعدو والعنف أكثر من قبل.

11- ردود الفعل السلبية تجاه المواقف أو الأشياء التي تُذّكر بالصدمة.

12- الإصابة بالقلق واكتئاب.

13- تناول المخدرات.

14- ظهور الانفجارات السلوكية العنيفة.

15- الشعور بالخوف والتشوش النفسي نتيجة احتمال الصدمة مرة أخرى.

ب – أعراض خاصة لاضطراب ضيق ما بعد الصدمة: يلاحظ على عضو الأسرة هنا واحد او أكثر من الأعراض التالية :

1. تواري مستمر لخواطر وتصورات وأفكار مخزنة وضاغطة.
2. تكرار الأحلام المزعجة لحادث الصدمة.
3. التصرف والشعور المتهيج وكأن عضو الأسرة يعيش الصدمة بما في ذلك التوهم والهلوسة خلال اليقظة في النهار.
4. الكآبة النفسية الشديدة عند التعرض لمنبهات ذاتية او خارجية بيئية تذكر بحادث الصدمة.
5. -الإثارة الجسمية الفسيولوجية بالتعرق وإحمرار وإصفرار الوجه والبشرة والرجفة والحركة المشوشة عند التذكير مباشرة أو غير مباشرة بحادث الصدمة.

بالإضافة للأعراض أعلاه، يلاحظ على عضو الأسرة أعراض التجنب المستمر وبطء أو جمود الاستجابة العامة للمنبهات التالية، حيث يكون مصابا باضطراب الضيق الحالي عند توفر ثلاثة أعراض على الأقل مما يلي :

1. تجنب الأفكار والمشاعر والأحاديث المرتبطة بحادث الصدمة.
2. تجنب الأنشطة والأماكن والأفراد الذين يذكرون بحادث الصدمة.
3. العجز عن تذكر عامل او شيء هام يخص الصدمة.
4. نقصان الاهتمام او المشاركة لدرجة واضحة في الأنشطة اليومية الهامة التي تخص الأسرة او العمل الدراسة او الحياة الاجتماعية.
5. الشعور بالانفصال او الغربة والبعد عن الآخرين.
6. انحسار المشاعر العاطفية تجاه الآخرين.

7. الإحساس بمستقبل صغير او غامض فيما يخص العمل و الأسرة او عيش حياة عادية.

أما أعراض التنبه او اليقظة المستمرة المرافقة لاضطراب الضيق التي يلاحظ اثنان او اكثر منها على عضو الأسرة مما يلى :

1. صعوبة البدء او الاستمرار في النوم.
2. الإثارة او انفجارات الغضب.
3. صعوبة التركيز.
4. الحذر او التوجس المفرط من الناس و الأشياء.
5. الاستجابة المتهيجة المبالغ فيها.

آليات دماغية عصبية لاضطراب ضيق مابعد الصدمة

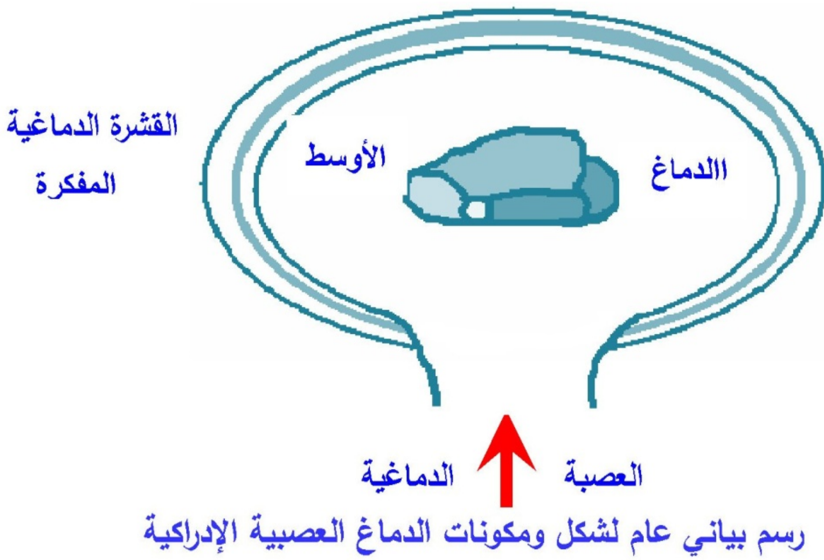
يتطور اضطراب ضيق ما بعد الصدمة عصبياً في الدماغ الإنساني إبتداءً.. من تكوين سيالاته وأنشطته الخلوية العصبية داخل الدماغ، والى تعبيراته اللفظية والحركية الملاحظة للعيان, بالآليات التالية:

أ-تنظيم وعمل الدماغ الانساني: يبدو هذا بما يلي :

1. يتكون الدماغ الانساني من نظام معقد (مركب) متفاعل ومتداخل ومتسلسل او متدرج من المركب في الاعلى بالقشرة المخية الى البسيط في الأدنى:عصبة الدماغ (انظر الشكل التالي).
2. يختص كل جزء بالدماغ بوظيفة محددة مختلفة عن الاجزاء الاخرى (وان تكن مرتبطة اجرائيًا بها). فالقشرة المخية تختص بالتفكير، بينما عصبة الدماغ والدماغ الاوسط يختصان بحالة اليقظة أو التنّبه التي تثيرها المنبهات البيئية.

3- تتكون الانظمة الدماغية المختلفة من بلايين الخلايا العصبية التي تعيش بدورها تغيرات كيموحيوية او/ وكيموكهربية بناء على المنبهات التي تستقبلها من بعضها الاخر (الانظمة المرافقة الاخرى) او من الجسم او البيئة الخارجية.

4-تؤدي التغيرات الكيموحيوية / كيموكهربية في الخلايا العصبية الى تخزين المعلومات في الدماغ بصيغة ما يعرف بالذاكرة الانسانية طويلة المدى, سواء كانت هذه المعلومات: حركية او جسمية او إدراكية او عاطفية.



رسم بياني عام لشكل ومكونات الدماغ العصبية الإدراكية

5-تختزن الاجزاء الخلوية المختلفة في الدماغ في ذواكرها معلومات مختلفة :إدراكية, وحركية, وعاطفية وغيرها.

6- تتم عملية التخزين في الذاكرة أكثر وأقوى للمعلومات المتكررة التي تشغل الأجزاء الدماغية لمدة أطول،، بالتنبيه المتواصل للدماغ الأوسط والعصبة الدماغية، وتحويل الرسائل البيئية الدفاقة او القوية إلى القشرة المخية المفكرة.

7-تؤدي درجات او مستويات اليقظة او التنبيه التي يعيشها الدماغ الأوسط والعصبة الدماغية إلى تنشيط انظمة (مناطق)عصبية مختلفة، لتخزين المعلومات بالذاكرة العصبية وبالتالي الى تخزين اكبر للمعلومات. ان التعلم وأعراض التنبّة المفرط بعد الصدمة هى امثلة لما يحدث هنا

ب-تطور أنظمة الدماغ الإنساني. يتم هذا بما يلي :

1. يتطلب تطور الانظمة العصبية للدماغ والوظائف التي تعمل بها, نماذج خاصة من النشاط: اشارات وسيالات عصبية وأوقات محددة لذلك.
2. تكون الانظمة العصبية خلال الفترات الحرجة لتطورها, قابلة بدرجة عالية لتأثيرات واستيعاب المنبهات البيئية بما فيها خبرات الصدمة.

3. تتطور الانظمة المختلفة في الدماغ في اوقات او مراحل زمنية مختلفة. وبهذا, يوجد أوقات حسّاسة حرجة مختلفة في حياة الطفل لتطور الوظائف العصبية المختلفة الخاصة بمعالجة وتحييد القلق , والمزاج العام , والفكر الحركي , والحسي ثم الفكر التجريدي الرمزي.

4. يتطلب تطور الانظمة الدماغية بأسلوب متتابع من العصبة الدماغية الى القشرة المخية ,تطوراً منطقياً صحياً للانظمة العصبية البسيطة للدماغ الاوسط والعصبة الدماغية بالمقارنة مع القشرة المخية المركبة.

5. يؤدي التطور غير المنظم الناقص لانظمة الدماغ الاوسط والعصبة الدماغية نتيجة الخبرات المتواترة للصدمة, الى تطورات غير منظمة وناقصة ايضاً للانظمة العصبية المركبة بالقشرة المخية.. وذلك لكون الانظمة البسيطة الاولى هى مقدمات واليات معالجة وعبور المعلومات للانظمة المركبة الثانية.

6. تستمر المناطق الدماغية حساسة وقابلة للاستجابة للخبرات البيئية خلال الحياة... علماً ان مناطق عصبية مثل القشرة المخية هى اعلى حساسية وقابلية للاستجابة من اخرى مثل الدماغ الاوسط والعصبة الدماغية.

7. يمكن للخبرة عموماً احداث تغييرات في الابنية العصبية الادراكية للدماغ.. ولكن الخبرات التي تحدث خلال الفترات الحساسة الحرجة في الطفولة المبكرة هى التي تؤسس الانظمة الدماغية وأبنيتها العصبية الادراكية.

8. تؤدي خبرات الصدمة التي تحدث في الطفولة المبكرة الى تأثيرات سلبية بالغة في التنظيمات الدائمة للدماغ والقدرات العملية المقبلة للطفل.

ج- **الاستجابة للصدمة** : تحدث هذه بما يلي :

1. يبدي او يوصل الدماغ التهديد (بالصدمة) بواسطة مجموعة من الاستجابات الواعية العصبية البيولوجية والعصبية الصماء (نسبة الى نظام الغدد الصماء) والعصبية النفسية.

2. يمكن ان تحتوي هذه الاستجابات استراتيجيات متنوعة للبقاء تتراوح من مواجهة تهديدات الصدمة او التهرب منها الى الاستسلام.

3. يتبنى الافراد استجابات مختلفة في مواجهتهم لخبرات الصدمة وذلك حسب طبيعة وكثافة وتكرارية هذه الخبرات.

4. تكون الاستجابات التي تبناها الأبناء في مواجهتهم لخبرات الصدمة في مجموعتين رئيستين : الدفاع بالهجوم او الهرب ثم انحلال القوى الشخصية بالخمود والاستسلام. وتعمل هذه الاستجابات المختلفة على تنشيط مزيجاً خاصاً من الانظمة العصبية وذلك حسب طبيعة كل مجموعة.

5. تختلف استجابات المواجهه لخبرات الصدمة لدى الاطفال والكبار بالرغم من وجود بعض التشابه فيما بينها. فالكبار الذكور يتبنون اكثر استراتيجات التنبه المفرط بالهجوم او الهرب، بينما الاطفال يتبنون الخمود والاستسلام.

6- يرافق استجابات المواجهة لخبرات الصدمة، تنشيط أنظمة فيسيولوجية عصبية مختلفة مرتبطة بالدفاع أو الأستسلام.

7- تشكل التغييرات التي تنجم عن تنشيط الأنظمة الفيسيولوجية العصبية أساس الأعراض العاطفية والسلوكية والإدراكية والأجتماعية والفيسيولوجية الملاحظة نتيجة الصدمة.

8- أن اسلوب التكيف العام الذي يتبناه عضو الأسرة للتعامل مع موقف الصدمة، يقرر أنواع الأعراض التي تتطور لديه: الدفاع أو الأستسلام.

تشخيص اضطراب ضيق ما بعد الصدمة لدى الأبناء

بالرغم من سهولة تشخيص اضطراب ضيق ما بعد الصدمة (نسبياً بطبيعة الحال) بالمقارنة باضطرابات الشخصية الأخرى، فإنه يراعى في هذا الإطار المبادىء والخطوات التالية:

1- جمع تاريخ شخصي شامل ومتكامل لعضو الأسرة بواسطة الأستطلاع والنماذج المتخصصة والمقابلات الشخصية،، للتعرف مبدئياً على أن الاضطراب الذي يعاني منه هو ضيق ما بعد الصدمة، وليس واحدا أخر يرافق أحياناً هذا الاضطراب. فقد وجدت الدراسات النفسية المتخصصة على سبيل المثال أن 80 % من المضطربين بضيق ما بعد الصدمة يعانون 26 - 65

% من اضطرابات عاطفيـة، و30- 60 % يعـانون مـن اضـطرابات القلـق, و60-80 % يعـانون مـن الإدمان على الكحول أو المخدرات، و40 - 60 % يعانون من اضطرابات شخصية أخرى.

2 - إجراء أدوات واختبارات نفسية وسلوكية على عضو الأسرة الذي يعاني من عدة اضطرابات كـما نوهنا لأنواعها آنفاً، وذلك للتحقق أولاً من وجـود ضـيق مـا بعـد الـصدمة لديـه،، ثـم لأي درجـة، وطبيعة الإضطرابات المرافقة الأخرى.. يتطلب من المختص هنـا سـعياً لدقـة التـشخيص، اسـتعمال واحد أو أكثر من الأدوات التشخيصية مثل :

* كشاف الصحة النفس أجتماعية. نشر دار التربية الحديثة- دمشق.

* التنويم المغناطيس

*Dissociative Experience Scale

*Questionnaire Dissociative

* Questionnaire of Experience of Dissociation

*Projective Techniques, e.g Rorscharch

*Minnesota Multiphasic Inventory

3 - ملاحظة أعراض اضطراب ضيق ما بعد الصدمة لدى عضو الأسرة خلال ستة أشـهر مـن خبرتـه للحادث المؤلم الذي سبب له الصدمة والضيق، ثم استمرار هذه الأعراض لديه لمدة شـهر متواصـل على الأقل. إن أمثلة لهذه الأعراض التي يمكن ملاحظتها على عضو الأسرة أوردناها في فقرة سابقة.

4 - حديث عضو الأسرة عن تعرضه لموقف الـصدمة أو شـهادته أو ملاحظتـه لهـا، أو المخـاطرة أو التهديد بها في الحياة أو الجسم أو النفس أو الممتلكات أو العمل/الوظيفة أو الدراسة..

5 - إستجابة عضو الأسرة لحادث أو موقف الصدمة بالخوف أو اليأس أو الرعب.

6 - إعادة معايشة عضو الأسرة لحادث أو موقف الصدمة بـالتخيلات والأحـلام المزعجـة والأفكـار، وومضات من الصدمة والرعب وانحلال الهوية.

7 - الشعور بالكآبة الشديدة عند خبرة عضو الأسرة لمنبهات أو مواقف تشبه ما عاشه عند الصدمة الفعلية السابقة.

8 - ملاحظة تغيرات فيسيولوجية جسمية على وجه أو مظهر عضو الأسرة، مثل التعرّق الشديد وشحوب الوجه أو إحمراره، والهلع وتشوش الحركة والتعبير.

9 - تجنب عضو الأسرة للناس والمواقف والخبرات والأنشطة والاعمال والمشاعر / الأنفعالات والتهيب من التفاعل مع الآخرين والشعور بالغربة عنهم.. لم يكن يتجنبها قبل الصدمة.

10 - اليقظة الزائدة التي يبدو فيها عضو الأسرة (بخلاف ما كان عليه في السابق) على شكل تشوش عادات النوم (صعوبة النوم والقلق والتقلب والأستمرار في النوم)، وانفجارات الغضب والغيظ وردود الفعل، وصعوبة التركيز والتهيج السريع والحذر والتوجس المفرط من الآخرين.

11 - الإعاقة الواضحة لقدرات وتصرفات عضو الأسرة في المنزل أو العمل أو الدراسة والعلاقات الأجتماعية، خلافا ما كان عليه قبل الصدمة.

12 - البكاء الشديد بدون قدرة عضو الأسرة على التحكم بنفسه.

13 - الشعور باليأس من الحياة والتشاؤم الشديد من المستقبل.

14 - الشعور بالذنب لعدم التصرف المناسب أو عدم القدرة على حل مشكلة الموقف، أو منع الكارثة أو الضرر الحاصل أو بقاء عضو الأسرة سليماً أو حياً بعد حادث الصدمة، في حين أصيب الآخرون أو قضوا نحبهم فيه..

التوجيه الاسزي للتغلب على مشكلة ضيق ما بعد الصدمة لدى الأبناء

إن التشخيص الموضوعي الجاد لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، يوفّر للمختص / المعالج النفس اجتماعي صورة متكاملة عن وضع عضو الأسرة والطرق العلاجية التي يمكن استخدامها معه. من هذه البدائل العلاجية التي يمكن تثبيتها في هذا الإطار العينة التالية :

أ - الإدارة الذاتية لاضطراب الضيق النفسي. تتلخص هذه الطريقة بثلاث خطوات رئيسة هي :

* التراجع للوراء step backعن الاضطرابي الراهن.. أي تجميد الشعور بـه مؤقتـاً والنظـر إليـه مـن زاوية أكثر حياديـة وموضـوعية، والإسـترخاء والتأمـل»، أو كـما أشـير إليهـا حرفيـاً بـالتنفس عميقـاً Taking a deep breath، ثـم الاقتحـام النفـسي لحالـة الاضـطراب Dive backلمحاولـة التعامـل الواعي معه والتغلب عليه.

* التراجع إدراكيا للوراء عن الوضع الاضطرابي بواسطة العمليات العقلية التالية:

➢ سؤال عضو الأسرة لنفسه : هل الاضطراب سيؤثر علي في الأيام أو الأسابيع أو الأشهر القادمة؟ وبوجه عام، كم سـيؤثر عـلى حيـاتي الشخـصية؟ هـل هنـاك أي شيء يمكـن عملـه مـن أي إنـسان للمساعدة في التغلب على الاضطراب؟ وما هي مسؤولياتي تجاه ذلك؟ هل قمـت بمـا يجـب عملـه خلال موقف الصدمة، والضيق الناجم عنه؟

➢ التأمل في التوقعات الممكنة أو المحتملـة : أي مـاذا يمكـن عملـه؟ وهـل أحـد سيـستجيب أو سيساعد في الحالة؟ ويجب أن لا يُفاجأ عضو الأسرة، حيث قد تكون التوقعات في هذا الإطار مؤلمة أو متشائمة أو مخيبة للآمال؟

➢ التفاؤل بالخير وبالمستقبل.. إذا بدا الحاضر معتماً أو حزيناً أو غير مشجع»، حيث يتذكر عضو الأسرة: أن لا شيء سيكون سيّئاً أكثر من الحاضر الأسوأ الحالي.. الأمـر يبـدو فيـه أن مـا يـأتي لاحقـا سيكون في الغالب أفضل.

* الاسترخاء والتنفس عميقا. وهي فترة النظر أو التبصر في الحلول التـصحيحية الممكنـة، والتحـضير النفسي والبيئي الاجتماعي والمادي للعلاج والشفاء. يقوم عضو الأسرة في هذه الخطوة بالسلوكيات التالية.

➢ التنفس عميقا لأخذ أكبر قدر من الهواء المشبع بالأوكسجين المـنعش للـوعي ويقظـة الإدراك الإنساني.

➢ الغذاء اليومي جيدا (ثلاث وجبات متكاملة في اليوم)

➢ التمرين الجسمي عدة مرات أسبوعيا.

- النوم كافيا لمدة 7 - 8 ساعات يوميا.
- الاسترخاء بالجلوس هادئاً وإغلاق العينين واسترخاء العضلات من الوجه إلى القدمين، والتنفس العميق من الأنف لمدة 15 - 20 دقيقة لمرة أو اثنتين في اليوم.
- قضاء وقت كاف مع المقربين من أسرة وأصدقاء والتحدث معهم حول الحالة الاضطرابية وما تشعر به.. مارس عناية فائقة في اختيار من تتحدث معهم تجنباً لتصّيد الأخطاء والتشّفي المحتمل من البعض المنافسين لك.

* الأقتحام إدراكيا في موقف اضطراب الضيق والتعامل الواعي معه للعلاج والشفاء من خلال القيام بالمسئوليات المتوقعة منها بالتالي:

- إندمج في عمل أو وظيفة تفضلها.. وليس مجبر عليهما لأجل البقاء كما يلاحظ في عديد الحالات.
- تقدم في حياتك وعملك ومسؤوليات علاجك وشفائك من الضيق حسب سرعتك الذاتية،، دون اللهث سريعاً مع الراكضين أو التباطؤ شديداً مع البطيئين.. كن فقط كما أنت: إدراكاً وقدرة وحركة سلوكية.
- استعمل مفكرة لتخطيط وتنظيم مهامك ومسؤولياتك وأنشطتك اليومية.
- قسّم المهمات والمسؤوليات اليومية أو / والأسبوعية الكبيرة إلى جرعات أو مواقف أصغر يمكن تنفيذها بسهولة وبدون تردد أو تهيب أو رغبة في التأجيل.
- إعمل شيئاً للآخرين او ساعدهم في شيء تقدر عليه لمزيد من التفاعل والانفتاح أكثر على الواقع .

ب - المساعدة العيادية للأطفال. من المهم جداً التغلب على اضطراب ضيق ما بعد الصدمة لدى الأطفال فور خبراتهم للموقف الذي مروا به. لكون هذه الخبرات في حال التأخر في مداواتها، ستحفر في ذاكرتهم فجوات سوداء طيلة سنينهم الطويلة القادمة، تظهر على شكل نزاعات وانحرافات سلوكية عديدة. **يمكن مساعدة الأطفال في التغلب على اضطراب ضيق ما بعد الصدمة، المبادئ الإجرائية التالية:**

1- التحدث مع الأطفال عن موقف الصدمة عند سؤالهم وعدم تجنب ذلك خوفا أو حزنا بالصمت أو ردود الفعل أو تغيير المناسبة.. أن الاستماع إليهم والإجابة المناسبة لإدراكهم ولغتهم تشعرهم بالارتياح والفهم للتغلب على حيرتهم النفسية.

2- توفير بيئة أسرية مستقرة يعرفون من خلالها ما يتوقع منهم عمله أو ما يتوقعونه من روتين وأنشطة خلال اليوم من مواعيد للوجبات والنوم والشرب والحديث ومشاهدة التلفاز والعمل المدرسي والواجبات المنزلية واللعب والراحة وغيرها. 3- توفير الحب والمودة والمعاملة الدافئة والعناية بالأطفال والاستجابة لرغباتهم العاطفية دون أي تحفظ.. فالعناق والضم للحضن والضحك واللعب معاً، هي وسائل هامة لتغلب الأطفال على صعابهم النفسية باضطراب ضيق ما بعد الصدمة.

4-الاتفاق مع الأطفال حول إجراءات التعامل والعلاج من اضطراب ضيق ما بعد الصدمة، ومبادئ أو أحكام وآليات الإنضباط والثواب والعقاب وفهم كل جهة (الأسرة والأطفال ومختص العلاج) لدورها ومسؤولياتها والنتائج المتوقعة خلال ذلك.

5- الحديث مع الأطفال حول الحياة والعمل والمسؤوليات.. حتى يفهموا الواقع الذي يدور حولهم ويتوفر لهم إحساس بالأمان والرغبة في التعامل معه.

6- ملاحظة أي إشارات غريبة تظهر على الأطفال كتكرار سلوكيات أو ألفاظ لخبرات صعبة ماضية، أو تجنّب اللعب مع الأقران أو الحديث مع الآخرين أو الأنشطة المفرطة، والتنبه الزائد الذي يؤدي بهم لقلق النفس والنوم والانفجارات السلوكية.

7- حماية الأطفال من الأنشطة والمواقف التي تُعرضّهم لأخطار الصدمة والمعاناة من اضطراب الضيق.

8- منح الأطفال بدائل سلوكية وأنشطة ومشاركات متنوعة للاختيار وضبط ما يقومون به جزئياً أو كلياً كلما ناسب ذلك وبإشراف ومتابعة الأسرة للتصحيح والتوجيه.

ج - علاج المجموعات. يعتمد المختص / المعالج النفس إجتماعي لجلسات محدودة،، مجموعة من الأقران الذين يخبرون ضيق ما بعد الصدمة، لتوفير شعور لدى عضو الأسرة أنه ليس وحده يعيش المعاناة.ز بل هناك من يشارك ويتعاطف ويتحدث معه في ذلك.

د- العلاج بالأدوية بمصاحبة طرق نفسية للمساعدة في التخفيف من شدة اضطرابات موازية للضيق، مثل: القلق والكآبة وجمود أو تجنب الإندماج في علاقات حميمة مع الآخرين.

هـ- العلاج بتقييد الحركة أو الحدّ منها في حالة التنبيه المفرط والتهيج الشديد والإنفجارات السلوكية التي ترافق اضطراب ضيق ما بعد الصدمة.

و - العلاج بالتنويم المغناطيسي لمساعدة المضطرب بالضيق في التخلص من نوبات أو خواطر الصدمة،، والتكيف مرة أخرى للواقع ولتقوية الذات الواعية، والمحافظة على استقراره النفسي وهدوئه خلال جلسات العلاج.

ز- العلاج الحركي مثل العلاج بالفن أو الرسم، وبالمهنة أو الوظيفة وبمسطحات الرمل، والتعبير الإيقاعي الحركي، والترفيه البناء.

ح- العلاج بالعيادة المقيمة (بالمشفى) لاستعادة عضو الأسرة لدرجة مقبولة من الاستقرار النفسي الذي يمكنه من مواصلة العلاج خارج المشفى.

ط - العلاج عن بعد بالهاتف والبريد الالكتروني ومؤتمر الفيديو.. كلما أمكن ذلك كطريقة مساعدة للعلاج المباشر المقيم. يجب أن يكون هذا العلاج محدودا بجداول ومواعيد يعرفها عضو الأسرة والمختص/المعالج.. حتى لا يؤدي إلى إعتماده على المساعدة الخارجية بدون بذل جهد ومسؤولية تجاه نفسه للشفاء.

ي- العـلاج العـصبي Neurotherapyيقـوم هـذا العـلاج بأسـلوبين، أحـدهما الـتحكم بـالتغيرات البيولوجية وعمل الغدد الصماء بحيث يقلل ذلك من الأحاسيس المرافقة في العادة لاضطراب ضيق ما بعد الصدمة. أما الثاني فيعتمد على ضبط وتوجيـه الأنـشطة الكهروعـصبية في الـدماغ الإنـساني بواسطة التغذية البيولوجية الراجعة وجهاز تخطيط الموجات العصبية الدماغية.

إن مراقبة مخططـات وتـردّدات هـذه الأنـشطة العـصبية، وتـدريب عـضو الأسرة للحـصول عـلى الموجات الدماغية شبه المستوية (المشيرة في العادة للهدوء والاستقرار النفسي)،، بمـساعدة نغـمات موسيقية سارة مرافقة لعملية التخطيط والتدريب العصبي الدماغي.. تُمكّن عضو الأسرة في النهاية من التحسّن المطلوب، والخروج من مأزق اضطرابه بضيق ما بعد الصدمة.

*****

الحزن و الأسى لدى الأبناء

مفهوم الحزن والأسى

الحزن Bereavement or sadness هو حالة من الاكتئاب أو المزاج المعتم المرافق لشعور عضو الأسرة بالوحدة، وبأن العالم حوله يبدو مظلماً وغير ودود. وأن جرحاً أو أذى عميقاً لَحق به داخل نفسه، يسحق روحه وقلبه معاً.. أما الأسى Grief فهو مجموعة من المشاعر والسلوك المرتبطة بفقدان عزيز لدى الابن أو الابنة مثل أحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء نتيجة الموت أو الانفصال أو السفر بعيداً نهائياً، أو لمدة طويلة مفتوحة.

وفي كل الأحوال الحزن والأسى، ينفجر الأبناء والكبار بكاءً وتنهمر العيون دموعاً متواصلة.. لكن الواحد منهم بعد البكاء والدموع، يشعر بالراحة نسبياً، ومع تعاطف الأسرة وتعزيزها تنحسر آلام الحزن والأسى..

أسباب عامل للحزن والأسى لدى الأبناء

إن أهم الأسباب الملاحظة وراء حزن وأسى الأبناء والأسرة عموماً عوامل هي:

1- فقدان شخص أو شيء أو أمل أو هدف عزيز لدى الابن أو الابنة أو الوالدين. سواء كان ذلك بالموت أو السفر أو الطلاق أو السجن أو الهجر أو التعرض لحادث خطير، أو مجرد الخلاف مع صديق عزيز، أو التعرض لخسارة مادية كبيرة، أو الرسوب في اختبار هام للتحصيل والمستقبلن أو الانتهاء قسرياً من مهنة أو وظيفة أساسية لمتطلبات وأمن الحياة اليومية.

2- تشوش وخلل العلاقات مع الوالدين وأعضاء الأسرة. فالأبناء بعمر الشباب اليافع (المراهقة) في مواجهة متواصلة صامتة أحياناً، ومسموعة صارخة في أحيان أخرى حول كل شيء أو حاجة يبدونها.. هم يرغبون شيئاً والأسرة بإمكانياتها وتقاليدها ترغب وتعرض شيئاً آخر في مجالات الحاجات اليومية والمدرسة والعلاقة مع الأقران والمصروف اليومي والذهاب لأنشطة أو

مناسبات خارج الأسرة بدعوة من المدرسة أو الأقران عادة، والوقت المقبول قضاءه خارج المنزل.. كل هذه وغيرها تجعل الأبناء والأسرة غير راضين أحدهما عن الآخر، والعلاقات المشتركة تسوء بالنتيجة فيما بينهم ويلف الحزن في الأحوال المتطرفة نفوسهم.

3- تدهور أو تشوش مفهوم الذات، عندما يشعر الأبناء أو الواحد ليس له قيمة.. شكله مشوشاً ومظهره غير لائق أو مناسب.. وغير مقبول عموماً من الآخرين نتيجة تعليقهم أحياناً أو نظراتهم المريبة وتجنبهم له أحياناً أخرى.. تتهاوى نفسه ويصاب بالحزن والخجل في الحالات الحادة من الظهور والتعامل مع الآخرين.

4- الأسى المنتظر أو المتوقع: يحدث الأسى المتوقع بخبرة الطفل أو الشاب اليافع (المراهق) لقريب حميم يموت بطيئاً نتيجة مرض عضال، أو حادث خطير ميؤوس الشفاء باعتبار المعايير الصحية الدنيوية. ومن هنا، إذا استطاع عضو الأسرة الانفصال جزئياً عن الفقيد العزيز المنتظر، يكون وقع الأسى عند رحيله مقبولاً أو قابل الاحتمال.. أما إذا حافظ على علاقات حميمة معه (الفقيد المنتظر) خلال فترة انتظار الأسى، فإن إحساساً عارماً من الخسارة تسود " قلبه " عند الموت الموعود، بادئاً مع ذلك رحلة الألم والحزن التي يحدثها الأسى على الفقيد.

مراحل حدوث الحزن والأسى لدى الأبناء

يحدث الأسى في العادة عبر ثلاث مراحل هي بإيجاز كما يلي :

1- مرحلة الصدمة والإنكار : يخبر عضو الأسرة في هذه المرحلة شعوراً بعدم تصديق ما حدث، والإحساس بالنمنمة في أطرافه عند تذكر فقدان الشخص العزيز. ويتفوه عضو الأسرة بعبارات مثل :" إنني مصدوم " " أو غير ممكن.. مستحيل "، " لا..لا قولوا شيئاً غير هذا "؟ وقد تستمر هذه المرحلة عدة دقائق إلى عدة أسابيع.

2- مرحلة البؤس أو الحزن الشديد حيث يخبر موجات من الكآبة لعدة دقائق إلى ساعات أو أكثر يشعر عضو الأسرة هنا أيضاً بالضعف وآلام الرأس

وعدم القدرة على التفكير.. كما يبدأ أحياناً بالهلوسة، بالقول: إنه يرى أو يسمع أو يتحدث مع الشخص الفقيد.. يعتري عضو الأسرة في هذه المرحلة أيضاً حالة من الاكتئاب أو القلق وفقدان الشهية والأرق .

3- مرحلة حل مشكلة الأسى والتي تدوم لعدة أشهر.. ويصل عضو الأسرة خلالها إلى تفهم الوضع المأساوي الذي مرّ به والعودة التدريجية لأنشطة ومواقف الحياة اليومية كالمعتاد.

مؤشرات تحذيرية لإضطراب الحزن والأسى لدى الأبناء إن أمثلة لهذه المؤشرات هي: تمنمة أطراف الأصابع والأقدام، والإحساس بالوحدة والبؤس، والشعور بالذنب والصدمة النفسية والقلق والاكتئاب والغضب والهيجان. أما السلوكيات المرافقة للحزن والأسى فهي البكاء والحركة القلقة والأرق الانسحاب من البيئة.

يبدو الطفل أو الشاب اليافع (المراهق) المصاب بالأسى في العادة لواماً لنفسه بسبب شعوره بعمل شيء مسيء للفقيد، أو لعدم عمل شيء يمنع حدوث الموت أو السفر الطويل للشخص العزيز على نفسه.. متمنياً خلال ذلك،، الموت لنفسه بدل الفقيد العزيز.. صاباً غضبه على عضو أو أكثر بالأسرة أو آخرين في البيئة أو في أحيان أخرى يتطاول بدون وعي، على الله، السبب المطلق لما حدث !!

ويعيش المضطرب بالأسى مزاجاً شديداً من الاكتئاب والأرق ونوبات البكاء والانسحاب الاجتماعي من البيئة، وعندما تشتد اضطرابات الأسى، يبدأ عضو الأسرة بالحديث عن الانتحار وبعدم قيمته الشخصية والشعور الشديد بالذنب. ومهما يكن، يمكن للأسرة الانتباه للمؤشرات السلوكية التالية على الأبناء للاستنتاج من معاناتهم من مشكلة الحزن والأسى:

1- المعاناة لمدة طويلة من الاكتئاب حيث يفقد عضو الأسرة بالأنشطة والحوادث اليومية للأسرة والأقران بالرغم من اهتمامه بها سابقاً.

2- فقدان الشهية.

3- عدم القدرة على النوم أو معاناته من مشاكل النوم.

4- الخوف المتكرر من كون الابن أو الابنة وحيدين في المنزل أو خارجه.

5- السلوك الطفولي غير الناضج (أو السلوك بعمر أصغر) لمدة طويلة نسبياً.

6- تقليد حالة موت الأفراد بصفة متكررة.

7- الحديث المتكرر عن الرغبة في الانضمام لشخص ميت.

8- الانسحاب أو التهرب من الأصدقاء والأقران.

9- رفض الذهاب للمدرسة.

10- الرسوب في المدرسة أو تدهور التحصيل عمّا كان عليه سابقاً.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة الحزن والأسى لدى الأبناء

في العادة، يستطيع عضو الأسرة مع مرور الوقت نسيان الأسى والتعافي للشفاء منه.. خاصة إذا وجد مساعدة من الأسرة، والأصدقاء أو مجموعات تطوعية إيثارية من الأقران، مكرسة لمساعدة وتعزيز الآخرين عند مشاكلهم أو سقوطهم أو معاناتهم أو مصائبهم.. حيث بالتعاطف والمواساة والحديث المتفهم المتفاعل مع عضو الأسرة المصاب بالأسى، يصل الأخير لحالة نفسية مستقرة خالية نسبياً من الأسى.

أما في الحالات الاستثنائية الشديدة للأسى، فقد يوصي عضو الأسرة بتناول أدوية مضادة لإضطرابات الاكتئاب أو القلق أو الأرق المرافقة في العادة للأسى.. على أمل التخفيف من آثار هذه الاضطرابات الموازية على عضو الأسرة وبالنتيجة خلاصه تدريجياً من آلام الأسى.

*****

المزاج المتقلب للأبناء

مفهوم اضطراب المزاج المتقلب

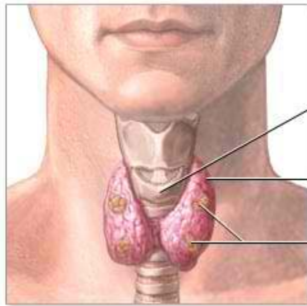
اضطراب المزاج المتقلب Mood Disorders هو تغير الحالة النفسية لعضو الأسرة بصيغ مشوشة مفاجئة وغير مبررة للآخرين في البيئة.. فيبدو معتماً متجهّماً عبوساً أو حزيناً، وفي أخرى يكون منشرحاً أو مستقراً أو عادي الملامح.. لسبب مُبرّر أحياناً أو غير مفهوم في أحيان عديدة أخرى.

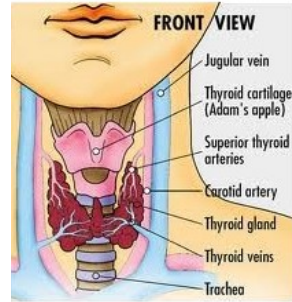
دور الغدة الدرقية في المزاج الشخصي

تشير الدراسات النفسية والطبية حالياً بأن الغدة الدرقية Thyroidودرجة ما تفرزه من هرمونات في الجسم تمارس تأثيراً بالغاً على المزاج الفردي بوجه عام. والغدة الدرقية هي إحدى الغدد الصماء المكونة للنظام الهرموني المغلق Endocrine System والتي تشكل الغدة النخامية في الدماغ سيدة النظام والضابطة لأعضاء وآليات وأنشطة النمو في الجسم الإنساني. أما الغدة الدرقية والتي تقع على جانبي أسفل الرقبة، تتحكم إفرازاتها الهرمونية عادياً في تنظيم الطاقة المستخدمة من كل عضو وخلية في الجسم الإنساني. وعند حدوث خلل في عمل الغدة الدرقية بإفرازات أكثر أو أقل من العادة، فإن متاعب المزاج الشخصي وتقلباته تبدأ بشكل اكتئابات نفسية وبضيق المزاح (التعصيب) والإثارة السلوكية أو سرعة الغضب إلى مشاكل صحية عديدة أخرى.

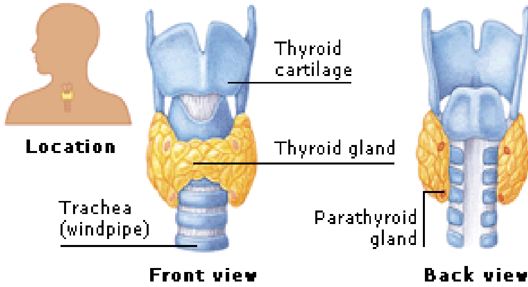
فبينما يسبب الإفراز المنخفض للغدة الدرقية الاكتئاب والحركة البطيئة المتثاقلة للجسم والإعياء والشعور بالبرد وضعف الذاكرة وزيادة الوزن،، فإن الإفراز الزائد لهذه الغدة، يؤدي بالمقابل إلى ضيق المزاج (التعصيب) والإثارة أو سرعة الغضب وسرعة دقات القلب والشعور بالسخونة (ارتفاع حرارة

الجسم) وضعف العضلات، وليونة الأظافر، وفقدان الشعر، والذهاب المتكرر للحمام، ومشاكل العين والإبصار.





ADAM.



صورة توضيحية لموقع الغدة الدرقية بجانبي أسفل الرقبة

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة المزاج المتقلب لدى الأبناء

إن الوقاية من كل هذه الاضطرابات النفسية والصحية تتمثل ببساطة بفحص طبي دقيق للغدة الدرقية وطبيعة ودرجة إفرازها الهرموني: زائداً أو ناقصاً، ثم تزويد عضو الأسرة بالوظيفة الطبية المناسبة لحالته بغرض تنظيم عملها لصالح العادية النفس سلوكية والصحية الجسمية لديه.

*****

الوحدة الثانية

اضطرابات وسلوكية للأبناء

(1) اضطرابات التصرف لدى الأبناء

(2) إذعان الأبناء أو اعتمادهم على الغير

(3) إضطرابات النوم لدى الأبناء

(4) تجنب الأبناء الاجتماعي

(5) النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

(6) تأتأة الكلام لدى الأبناء

(7) تأخر الكلام لدى الابناء الأطفال

(8) رفض الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى

(9) اضطرابات الأكل لدى الأبناء

(10) بلل وإخراج الأطفال أثناء النوم

اضطرابات التصرف لدى الأبناء

مقدمة

إن اضــطراب التــصرف Conduct disorder هــو مجموعــة مركبــة مــن الانحرافــات العاطفيــة والسلوكية التي يتعدى بها الطفل أو الشاب اليافع (المراهـق) عـلى الحقـوق الشخـصية والمادية للآخرين.. نتيجة الصعوبات الحادة التي يخبرها الواحد منهما في اتباع التعلـيمات والـسلوك بـصيغ مقبولة من الأسرة والمجتمع.

وبينما ينظر للطفل أو الشاب اليافع باضطراب التصرف على أنه طفل أو مراهق سيئ أو جانح وليس مختلاً أو مريضاً عقلياً، فإن تـصرفاته المـستمرة في تـشويش سـير الحيـاة اليوميـة لـلأسرة أو المدرسة،، يشار إليها أحياناً باضطراب السلوك المـشوش Disruptive behavior (لحيـاة واسـتقرار الأسرة والمدرسة).

ويحدث إضطراب التصرف سلوكياً في مرحلتين غالباً:مرحلة اضطراب السلوك العنادي المعـارض الذي يظهر في العادة لدى الطفل حتى عمر ست سنوات. ثم مرحلة اضطراب التصرف الذي يبـدو بعدئذ بعمر سبع سنوات وحتى سن الرشد.. حيث يشفى الـشاب اليـافع مـن اضـطراب التـصرف، خاصة إذا خبر عناية وتوجيهاً أسرياً خلال معاناته السلوكية.

ولا يجب أن تنظر الأسرة إلى الأبناء وهم يشوشون خلال موقـف أو أكثــر، الحيـاة والاسـتقرار الأسري بسلوكيات متهورة سريعة، وصوت حاد مزعج، ومطاردة أحدهم للآخر حتـى داخـل المنـزل أحياناً، والقلب رأساً على عقب بعض التجهيزات المنزلية أو التسبب في عطـب بعـضها.. عـلى أنهـم يعانون من اضطراب التصرف الحالي،، لأن الأسباب التي تكمن وراء سلوكياتهم المندفعـة قـد تنبـع من الظروف والبيئة وأساليب الحياة الأسرية المنحصرة في حياتنا المعاصرة ضمن فراغ المنزل: الشقة الضيقة في كل شيء بدءً من غرفة النوم والجلوس وانتهاءً بالمطبخ والحمام والممّر للخارج.

إن مثل هذه البيئة مع ما يرافقها من الإهمال والمشاغل الأسرية عن الأبناء وحاجاتهم اليومية، تبدو كحال غرفة الحجز أو السجن التي يضيق فيها الوعي والتنفس والتصرف.. يجب أن تلتفت الأسرة إلى تكرارية سلوكيات اضطراب التصرف وطول المدة التي يقضيها الأبناء في ذلك.

فإذا لوحظ في هذا الإطار كثافة سلوكيات التصرف المضطربة وتكراريتها عبر مدة تمتد من عدة أسابيع إلى عدة أشهر، عندئذ يشار للأبناء بأنهم يعانون من اضطراب التصرف.. ومع هذا لا ينفي مبادرة الأسرة باتخاذ ما يلزم من تربية وتوجيه وعلاج فور ملاحظة أي تغييرات سلوكية غير عادية على أبنائها، سواء كانت هذه اضطرابات تصرف أو غيرها من انحرافات سلوكية أخرى.

أنواع ومظاهر سلوكية لاضطراب التصرف

تصنيف عام لإضطرابات التصرف السلوكية

لقد صنف أحد مصادر الانترنيت المتخصصة، الاضطرابات السلوكية كنوع من الانحراف عن العادية المتعارف عليها في مواقف الإجتماع المدني للناس، في أربع فئات هي بإيجاز:

1- الانحراف عن العادية الإحصائية : إن أي صفة إنسانية بما فيها السلوك والقدرات تتوزع إحصائياً بصيغ عادية. يعني أن معظم الناس (حوالي 68%) يتكتلون في الوسط ثم نسبة محدودة أخرى (16%) تقع سلبياً في الأدنى حيث يشكل هؤلاء الفئة العامة المنحرفة أو المضطربة التصرف، المعنية بالتصحيح سلوكياً عوداً بها لعضوية الاجتماعات المدنية وممارسة السلوك المدني، ونسبة محددة ثالثة في الأعلى(16%) نشير إليها بالمتفوقين والموهوبين ذكائياً- سلوكياً.. إن أعضاء هذه الفئة عند حسن العناية بهم وتطويرهم يشكّلون النخبة الاجتماعية التي يعتمد عليها في التغيير للأفضل.

2- الانحراف عن العادية الاجتماعية. يُمثل الانحراف هنا أي سلوك يخرج عن المعايير العامة المتفق عليها من المجتمع، للتصرف عادياً في مواقف الحياة اليومية المتنوعة.. ولكن الملاحظة التي يجب الانتباه إليها هنا هي أن

السلوكيات المعيارية قد تتغير من موقف لآخر في المجتمعات المحلية، ناهيك عن اختلافها (نسبياً على الأقل) من مجتمع عالمي إلى آخر. فما قد يعتبر سلوكاً عادياً أو مقبولاً في بيئة، قد يعدّ منحرفاً أو محرماً في بيئة أخرى.

3- سوء أو عدم التكيف، إن سلوك العدوان والغضب والقتل والاغتيال ومحاولات الانتحار واللجوء للمخدرات والكحول للهروب من الواقع، هي أمثلة لسلوك الانحراف غير المدني. إن كافة المشكلات التي يواجهها الأبناء والسلوكيات والاضطرابات السلوكية والنفسية المرتبطة بها.. والتي نعالجها ضمن السلسلة الحالية : الأسرة والأبناء وقضايا أسرية تنتمي مباشرة لهذه الفئة.

4- الكآبة الشخصية. يبدو أفراد هذه الفئة كئيبين في مظهرهم وأنفسهم وعصبيين في شخصياتهم.. وبالرغم من تشخيص هؤلاء بأنهم مريضون عقلياً، إلاّ أن ما يبدونه من سلوك غير مدني يضعهم ضمن فئة الانحراف السلوكي.

تصنيف بديل للإضطرابات السلوكية – اضطرابات التصرف

يبدو على الأبناء باضطراب التصرف Conduct Disorders، الأنواع والمظاهر السلوكية التالية :

أ- العدوان على الأقران والناس والحيوان بسلوكيات، مثل :

1- مشاكسة وتهديد الآخرين والتحرش بهم.

2- البدء بمصادمات جسمية مع الآخرين.

3- حمل واستعمال سلاح أو أدوات حادة مؤذية جسمياً للآخرين مثل الخفاش (البوما كما يطلق عليها محلياً أحياناً) والسكاكين وشظايا الزجاج المكسور أو السلاح الناري أحياناً.

4- التعامل جسمياً مادياً بقسوة وعنف مع الآخرين أو الحيوانات.

5- الهجوم على الآخرين وسرقة الأشياء عنوة منهم.

6- إجبار الآخرين على عمل أشياء لا يطيقونها جسمياً أو خلقياً.

ب- تدمير الممتلكات مثل :

1- إشعال النار في الممتلكات بقصد تدميرها.

2- التدمير أو التخريب المباشر المقصود لممتلكات الغير

ج- الخداع والكذب والسرقة مثل :

1- السطو على بناية سكنية أو منزل أو سيارة أو على حسابات بنكية أو مراكز معلومات بواسطة الانترنيت.

2- الكذب والمناورة للحصول على أشياء أو مكاسب للتخلص من مسؤوليات.

3- السرقة خلسة من الآخرين كالنشل من الأفراد أثناء سيرهم بالطريق أو انتقالهم بالمركبات العامة أو المحلات والأسواق التجارية.

د- خرق الأعراف والأحكام والقوانين مثل :

1- البقاء خارج المنزل لوقت متأخر من الليل بالرغم من معارضات الأسرة المتكررة.

2- الهروب من منزل الأسرة.

3- الغياب المتكرر عن المدرسة

أسباب عامة لمشكلة اضطراب التصرف

إن أبرز الأسباب التي تنتج لدى الأبناء اضطراب التصرف، ما يلي :

1- تناقض الأسرة في التوجيه والقواعد والضوابط السلوكية من وقت إلى آخر.

2- المحاسبة السلوكية المتزمتة والعقاب القاسي للأبناء عند كل خطأ يرتكبونه بقصد، أو عن جهل حيناً أو غير قصد أحياناً أخرى.

3- نقص الإشراف والتوجيه والمتابعة الأسرية للأبناء في حياتهم وأنشطتهم اليومية.

4- التغييرات المستمرة في الأشخاص المسؤولين عن الأسرة، خاصة في الأسر المنكسرة بأب أو أم بمفردهما، أو بزوج أم أو زوجة أب،، حيث تبدو المسؤوليات غير واضحة حيناً أو متداخلة أحياناً أخرى.

5- الفقر الأسود الزائد عن احتمال آدمية الإنسان أحياناً.

6- الإهمال والأذى الأسري للأبناء.

7- مجموعة الأقران الجانحين الذين يرافقهم الأبناء،، حيث تنتقل عدوى الجنوح إليهم لا محالة، إذا لم تنتبه الأسرة وتتدارك الأمر في وقت مناسب مبكر.

8- التعرض لصدمات حياتية مباشرة من أحد أعضاء الأسرة، مؤدياً ذلك لفقدان توازنهم السلوكي والإدراكي والعاطفي واضطراب التصرف.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء

يمكن للأسرة الانتباه للأعراض التالية كمؤشرات تحذيرية لمعاناة الأبناء من مشكلة اضطراب التصرف، حيث تبدأ فوراً لدى ملاحظة أي منها بالإرشاد والتوجيه والعلاج الذي تستدعيه حالة الأبناء.

أ – مؤشرات تحذيرية لاضطراب العناد والمعارضة كمقدمة لاضطراب التصرف مثل:

1- النشاط المفرط للأطفال.

2- قلق الأطفال.

3- الإصابة بالاكتئاب.

4- مواجهة صعوبات أكاديمية في الدراسة والتعلم والتحصيل.

5- مواجهة مشاكل وصعوبات في العلاقة مع الأقران في الحي أو المدرسة.

ب – مؤشرات تحذيرية لاضطراب التصرف مثل :

1- السلوك العدواني للأبناء المؤذي للآخرين أو الحيوانات الأليفة، أو تهديدهم بالعنف ضد الأقران وغيرهم في البيئة.

2- السلوك الهدام الذي يدمرّ أو يخرّب الممتلكات.

3- ارتكاب أعمال السرقة وسلوك الكذب والخداع والمناورة في التعامل مع الآخرين وقضاء الحاجات اليومية.

4- الانقطاع عن المدرسة بدون مبرر.

5- ارتكاب مخالفات خطيرة للأحكام والقوانين الأسرية، أو الأخرى المعمول بها في المدرسة أو البيئة المحلية في الحي والمواقف الاجتماعية الأخرى.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء

بالرغم من كون الأسرة هي العامل الحاسم الأول لتربية الأبناء وتكوين شخصياتهم، إلا أننا نتوقع منها أحياناً أكثر مما تستطيع، خاصة عند انكسارها بالطلاق أو الموت أو السجن أو الهجر أو غيرها.. أو عند جهلها وتدني ثقافتها وخبراتها الحياتية والسلوكية المدنية. أو لفقرها الزائد اقتصادياً أو صحياً جسمياً.

ومن هنا نتوقع من الجهات الرسمية الاجتماعية والنفسية والتعليمية مثل مراكز رعاية الأسرة ومراكز الشؤون الاجتماعية والضمان الاجتماعي، ومراكز الإرشاد والتوجيه الأسري، ومراكز التعديل السلوكي، وعيادات الطب النفسي في المشافي والجامعات، ومراكز التدريب، ومراكز البحث العلمي، وكليات ومعاهد التربية.. التقدم ببرامج تطويرية للأسرة العربية، تركز على :

1- تدريبها على التخطيط والتنفيذ العلمي لتوجيه الأبناء وعلاج مشكلاتهم من حيث تحديدهم لطبيعة المشكلة والسلوك المطلوب عند حلها، وجمع البيانات الشخصية للأبناء وللأسرة والبيئات الأخرى المعنية بهم، وتحليل وتفسير النتائج ثم التوجيه والعلاج المناسبين.. على أن يتم تطبيق الحل السلوكي الجديد من الأبناء في البيئات الواقعية ومتابعة الأسرة لصحة وكفاية هذا التطبيق

2- تدريبها على أساليب التعامل مع مشاكل الأبناء أطفالاً ومراهقين بما يفيد تصحيحها وشفاءها لديهم، دون استعمال إجراءات ووسائل خاطئة، فتتفاقم هذه المشاكل لديهم أكثر كما يلاحظ أحياناً.

3- تدريبها على مهارات حل مشكلات الأبناء باختلاف أنواعها ومواقفها وأسبابها.

4- توفير الخدمات المساعدة للأسرة في توجيهها وعلاجها لمشكلات الأبناء ومتابعتهم في داخل البيئة الأسرية وخارجها في الحي والمدرسة والمواقع الاجتماعية العامة.. وقد تكون هذه الخدمات المساعدة عامة متاحة رسمياً

على مدار الساعة في العيادات والمراكز الخدمية العاملة ليلاً ونهاراً، أو خاصة تنتدبها الجهة المختصة للاستجابة لحاجة أسرية محددّة،، كما يحدث مع مراكز الخدمة الاجتماعية والرعاية الأسرية وخدمات الطوارئ الصحية وغيرها.

ومهما يكن، يمكن للأسرة في توجيه الأبناء والتغلب على مشكلتهم لاضطراب التصرف اعتبار ما يلي :

1- انتباه الأسرة للمؤشرات التحذيرية لاضطراب التصرف لدى الأبناء،، والعمل فوراً عند ملاحظة أي منها لديهم، إلى البدء بتحديد الأسباب ودراستها وعلاج ما يلزم للعلاج، والتغلب عليها بما في ذلك تصحيح وتحسين البيئة الأسرية،، وخارجها من علاقات مع الأقران في الحي والمدرسة والخبرات التي يتعرضون لها من المعلمين والأنشطة المدرسية عموماً.

2- التحدث مع الأسر الأخرى في البيئة الاجتماعية التي يعاني أبناؤها من مشكلة اضطراب التصرف وتبادل الآراء والحلول وأساليب التعامل الهادف مع الأبناء. والإطلاع على المعلومات والمصادر الخاصة باضطراب التصرف،، وتطوير ثقافتها من خلال الإطلاع والدراسة واستشارة مصادر ومراكز المعلومات المقيمة في البيئة المحلية، والأخرى الإلكترونية على الانترنيت.

3- طلب المساعدة من جهات علاجية طبية نفسية وسلوكية متخصصة عند عدم قدرة الأسرة في التغلب على مشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء. وتقوم هذه الجهات العلاجية بإجراءات تقييمية وتشخيصية شاملة للحالة الاضطرابية،بحيث يؤدي ذلك بالأبناء في النهاية إلى الشفاء واستعادة عافيتهم السلوكية المطلوبة.

وفي كل الأحوال، فإن علاج مشكلة اضطراب التصرف تبدو ضرورية لدى الأطفال والمراهقين الأبناء،، تجنباً لاستمرار وتفاقم انحرافاتهم السلوكية خلال الكبر عند الرشد والعمل وتكوين أسرهم الجديدة الخاصة بهم.

خطوات عامة بديلة يمكن للأسرة إعتمادها في علاج إضطرابات التصرف السلوكية

تتلخص هذه الخطوات في التالي :

1- جمع المعلومات من الطفل والسجلات الأسرية والمعلمين والجهات الصحية المعنية لفهم أسباب الاضطراب.

2- وضع الخطط العلاجية السلوكية والنفسية المناسبة.

3- تعريض الطفل لبرامج تربية خاصة مناسبة لحالته،، لمساعدته في التغلب على صعوبات التعلم لديه وتكوين المهارات الإيجابية لحالته.

4- إعطاء الطفل أدوية مناسبة عند معاناته من حالات حادة لعدم الانتباه، أو الاكتئاب أو التهورات السلوكية Impulsive problems.

*****

إذعان الأبناء أو اعتمادهم على الغير

مقدمة

يشكل الإذعان أو الاعتماد على الغير إحدى المشاكل العويصة شخصياً وسلوكياً لدى الأبناء.. ويكون به الطفل أو المراهق منهم طفيلياً في قراراته وميوله وسلوكه بحيث لا يبادر بأي منها قبل الرجوع جزئياً أو كلياً إلى الآخرين حوله من أسرة أو أقران أو معلمين،، حيث يقوم هؤلاء بمساعدته في ذلك بالرأي والتوجيه المباشرين، أو التنفيذ عوضاَ عنه.. مهما كانت هذه القرارات أو الميول أو السلوك عادية أو بسيطة أحياناً. وهنا يشار إلى الطفل أو الابن أو الابنة بمشكلة الإذعان " بأن ليس له شخصية " أو فاقد الشخصية"، لكون غيره يقرر أو يسلك له، أو نيابة عنه.. بدون نقص جسمي أو إدراكي أو حركي واضح لديه يبرر الاعتماد الزائد على الغير في تسيير مهام الحياة اليومية .

مؤشرات تحذيرية لإذعان الأبناء

يمكن تبويب هذه المؤشرات الخاصة لإذعان الأبناء في الفئات التالية:

أ- مؤشرات تحذيرية مرضية لإذعان الأبناء، أهمها :

1- صعوبة اتخاذ القرارات في الحياة اليومية، بدون الحصول على نصائح مطوّلة وتأكيدات مفصلة بالنجاح من الآخرين.
2- صعوبة التعبير عن معارضة الآخرين خوفاً من فقدان دعمهم وقبولهم.
3- صعوبة البدء أو المبادرة بالمسؤوليات والأنشطة والمشاريع بأنفسهم.
4- الحاجة للآخرين لتولي المسؤولية والقيادة في معظم مناشط ومهام الحياة حتى في حل الواجبات المدرسية المنزلية.
5- استجداء الآخرين للحصول على الدعم والقبول، حتى ولو كلفهم الأمر عمل أشياء غير محبذة لهم.
6- الشعور بالرعب أو العجز عند الابتعاد عن الآخرين، لشعورهم بالخوف المفرط بعدم قدرتهم على تدبير شؤونهم بأنفسهم.

7- البدء بعلاقات جديدة مع آخرين فور انتهاء علاقات سابقة، للتعويض وضمان استمرار الدعم والقبول.

8- الخوف المفرط المستمر من تخلي الآخرين عنهم.

ب- مؤشرات تحذيرية سلوكية لإذعان الأبناء، أهمها :

1- التصرف والسلوك في الحياة اليومية الأسرية والمدرسية بناء على طلب أو رغبة الآخرين.إن حوافزهم وتحفيزهم هي خارجية، كما أن مركز انضباطهم السلوكي يعود للخارج.

2- الميل لاقتراح المهام والأنشطة دون المبادرة بالقيام بها.

3- الطلب المستمر لمساعدة الآخرين.

4- الاعتماد المفرط على الآخرين وتجنب المواقف التي تستدعي العمل منفردين لوحدهم.

5- المعاناة من واحد أو أكثر من الاضطرابات التالية: قلق الانفصال عن الآخرين، والمرض الجسمي الطويل، وضعف التكيف، والمزاج المتقلب، والاكتئاب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو الواسعة، وتناول الكحول والتدخين، واضطرابات الأكل، والمخاوف.

ج- مؤشرات تحذيرية لإذعان الأبناء من تنشئتهم خلال الطفولة، أهمها :

1- السلطة الزائدة أو الحماية الزائدة للأبناء خلال طفولتهم. فكلا الأسلوبين يزرعان في الأبناء سلوك الاعتماد على الغير قسرياً كما في الأسلوب السلطوي، أو بالتعويد على عدم المبادرة والعمل وصناعة القرارات ذاتياً لكون الآخرين (الأسرة) تُريحهم من عناء هذه المسؤوليات.. حيث يؤدي تعويد الأبناء على اتباع أوامر وتعليمات ومطالب الأسرة القسرية في طبيعتها، أو تعويدهم على الاعتماد على الأسرة في قضاء وقرارات الحاجات اليومية.. إلى تكوين مشكلة الإذعان الشخصي التي نتناولها في هذا الموضوع.

2- الاعتقاد إدراكياً بأنهم عاجزون لا يستطيعون شيئاً. ومن هنا ينبع حرصهم على الالتصاق بالآخرين والبقاء برفقتهم. يعبر الأبناء عن معتقداتهم الإذعانية الحالية بأقوال مثل :

- أنا ضعيف وأحتاج للآخرين.
- أحتاج لشخص ليكون قريباً مني حتى يساعدني في القيام بالمطلوب أو في التغلب على أي تطور مفاجئ سلبي.
- أنا عاجز عندما اترك لوحدي.
- أنا وحيد ما لم أكن برفقة شخص أقوى.
- أسوأ شيء عندي هو تخلي الآخرين عني.
- أتجنب قول أو عمل أي شيء لا يُرضي من يدعمني أو يساعدني.
- يجب أن أكون مطيعاً للآخرين حتى أنال دائماً رضاه.
- احتاج الآخرين لمساعدتي في اتخاذ القرارات أو لإخباري ماذا أفعل.

تشخيص مشكلة إذعان الأبناء

يمكن للمختص السلوكي التعّرف مبدئياً على عضو الأسرة الذي يعاني من اضطراب الإذعان، إضافة للمؤشرات التحذيرية السابقة، اعتبار المعايير التشخيصية العامة التالية :

1- فقدان الثقة بالنفس والقدرة الذاتية على القرار والتصرف. فيلاحظ عضو الأسرة متردداً في عمل المطلوب.. ولا يبدأ بشيء إلاّ بعد الرجوع إلى الغير لارشاده أو توجيهه أو الإشراف عليه ومتابعته في ذلك.

2- حاجة عضو الأسرة للآخرين لتوجيه وضبط شؤون ومهام حياته اليومية، فهو يفتقر الهمة والتحفيز لعمل ما يتوقع منه.. ولا يبادر في ذلك إلاّ إذا حرّكه الآخرون وزَوّدوه في نفس الوقت بالتطمينات على العمل معه (أو الوقوف بجانبه) خطوة خطوة حتى النهاية.

3- خوف عضو الأسرة من ابتعاد الآخرين عنه أو هجرهم أو إهمالهم له. فهو دائم البحث عما يمكن أن يعتني به ويكون قريباً نفسياً وشكلياً منه.. حتى ولو كلفه ذلك القيام بأعمال أو أدوار غير مرغوبة حيناً أو غير سوية أحياناً أخرى.. إن عضو الأسرة هنا يكون ضحية العضوية المذعنة في الشلل الطلابية المنحرفة Gangs في المدارس، وفي الطوائف الغريبة المنتشرة حالياً كما يلاحظ عبر العالم من اليابان في أقصى الشرق (كما هو الأمر مع طائفة الحقيقة السامية مروراً بطائفة تلاميذ المسيح في أوغندا وإلى الولايات المتحدة الأمريكية في آخر الغرب كما في طائفة الشمس التي واجه أعضاؤها أعضاؤها جميعاً نهاية مرعبة في بلدة ويكو بولاية تكساس الأمريكية.

4- تبعية عضو الأسرة سلوكياً للآخرين في الحياة العادية، إن خوف عضو الأسرة من تهميش مجموعة الأقران أو البيئة له، أو التخلي عنه أو عدم تعزيزه والوقوف معه لاحقاً، إذا عارضهم في رأي أو موقف أو حاجة.. ومن هنا نراه في رغبة متواصلة للتوافق مع رغبات وقرارات الآخرين سواء كانوا على حق أو باطل في ذلك.

5- البحث فورياً عن علاقات جديدة لتعويض ما افتقده عضو الأسرة منها بدون تفكير أو تمحيص بجدوى أو ضرر هذه العلاقات. ومن هنا يلاحظ على عضو الأسرة تغيير العلاقات مع الآخرين باستمرار سعياً للتعزيز والحماية أو العناية أكثر عند شعوره بنقصها أو افتقادها.. فلا ينتظر أو يتأمل أو يدرس نوع العلاقات التي يحتاجها فعلياً، تجنباً لتكرار الخسارة النفس اجتماعية التي خبرها.. وبالتالي نلحظ عضو الأسرة ينتقل من علاقة اجتماعية أو عملية إلى أخرى بدون مبرر منطقي أو سلوكي أحياناً لذلك.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة إذعان الأبناء

نقدم هنا نوعين من التوجيه الأسري من أجل التغلب على مشكلة إذعان الأبناء : التوجيه الأسري بالتربية الوقائية ثم التوجيه الأسري بالتربية العلاجية .

أ - التوجيه الأسري بالتربية الوقائية للتغلب على مشكلة إذعان الأبناء.. تتلخص المبادئ وآليات التوجيه هنا بما يلي :

1- تجنب الأسرة بالمطلق التصرّف نيابة عن الأبناء خلال تربيتهم وتنشئتهم اليومية،، لكون هذا الأسلوب السلوكي يسلبهم شخصياتهم، وفرص ومواقف وخبرات الاعتماد على أنفسهم في صناعة القرارات اليومية لرغباتهم وحاجاتهم وواجباتهم الأسرية والاجتماعية والمدرسية بحد سواء.

2- تجنب أسلوب الحماية الزائدة والتدليل الزائد، لكونه أيضاً يحرم الأبناء من فرص الاعتماد على أنفسهم ويزرع فيهم الاتكال على الآخرين وخواء الهمة وتعويدهم على عدم المبادرة أو العمل.

3- تنشئة وتدريب الأسرة للأبناء على تحمل المسؤولية والمحاسبة الذاتية للكفاية وفعالية النتائج،، ثم التوجيه الذاتي للأفضل كلما لزم الأمر لبدائل تربوية يمكن اعتمادها في تنمية شخصيات قوية للأبناء.

ب- التوجيه الأسري بالتربية العلاجية للتغلب على مشكلة إذعان الأبناء..

يتم التوجيه الأسري العلاجي بنوعين من الطرق: صيدلانية ثم نفس اجتماعية :

1- **العلاج الطبي الدوائي:**

يواجه عضو الأسرة باضطراب الإذعان خطورة الإدمان على الكحول والمخدرات ومشاكل الطعام (الشره أو التجنب المتطرفين حسب الحالة الفردية لذلك). ومهما يكن، يعاني عضو الأسرة الحالي من أعراض صحية جسمية يُحوّل نتيجتها إلى عيادة طبية متخصصة.. حيث يعطي أدوية مفيدة للحالة التي يعيشها ومنها أحياناً العقاقير المضادة للاكتئاب.

والأمر الذي يجب الالتفات إليه هنا، هو تزويد الطبيب للعناية الصحية التي يحتاجها عضو الأسرة باضطراب الإذعان نفسياً واجتماعياً، بدون فرصة تحوّله إلى عالة في علاقته مع الطبيب.. ويُنصح في هذا الإطار توزيع

الطبيب لأنواع وكثافة العناية المطلوبة لعضو الأسرة على أفراد كوادره بالعيادة: كل حسب اختصاصه ودوره.

2- العلاج النفس اجتماعي:

يعتبر العلاج النفس اجتماعي أكثر فاعلية وأعلى سلامة صحية من نظيره آنفاً بالأدوية الصيدلانية، نظراً للآثار الجانبية التي تحدثها هذه العقاقير في الصحة الفردية.

ويهدف العلاج الحالي إلى تصحيح فهم عضو الأسرة لنفسه وقدراته وطبيعة العلاقات البناءة مع الآخرين، وتدريبه على الاعتماد على النفس في الأسرة والمدرسة أو العمل.. من خلال طرق إدراكية وسلوكية تُعلّمه:

- مهارات تأكيد الذات في المواقف الاجتماعية والحياتية المتنوعة.
- وصناعة القرار المستقبل.
- وعدم التردد في التعبير عن نفسه ومشاعره.
- وتأسيس علاقات اجتماعية متوازنة مع الآخرين من خلال طرق مجموعات التدريب.
- وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي في المواقف البيئية المختلفة.

*****

إضطرابات النوم لدى الأبناء

مفاهيم اضطرابات النوم

تحدث اضطرابات النومSleep Disorders في أي عمر، مع أنها تبدو أكثر تكرارية كلما تقدم عضو الأسرة في العمر. كما تحدث اضطرابات النوم عند المرأة عموما أكثر من الرجل. كما يُرجع البعض أصولها إلي عوامل وراثية بالأسرة. واضطرابات النوم هي ظاهرة عامة منتشرة في كل المجتمعات بدون استثناء. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تفيد الدراسات على سبيل المثال إن نسبة 20% من السكان يشكون من هذه الاضطرابات.

واضطرابات النوم هي في العموم، تشوّش العادات التي يمارسها بها عضو الأسرة في النوم خلال النهار أو الليل.. أو تشوش وتيرة أو عملية هذا النوم نفسيا ًأو سلوكياً خلال النوم الفعلي.

أنواع اضطرابات النوم لدى الأبناء

يحتوي التعريف الذي أوردناه بالتو لاضطرابات النوم، على نوعين رئيسين من الاضطرابات.. هما:

أ- اضطرابات العادات

Dyssomnias التي توثر على مدة النوم التي يستطيعها عضو الأسرة، ونوع النوم (القلق في الغالب) ووقت النوم من الليل أو النهار. فصعوبات ذهاب عضو الأسرة للنوم في الوقت المناسب من الليل (عادة) أو في النهار (إذا كان عاملاً بالليل)، وتقلبه بالنتيجة لدقائق أو ساعات طويلة أحياناً، ثم إستغراق الفرد لمدة طويلة أكثر من المعتاد (6-7 ساعات)يومياً، أو موجهة عضو الأسرة لصعوبات استمراره في النوم.. هي أمثلة لاضطرابات نوم العادات التي نوضحها هنا. يمكن على كل حال تحديد اضطرابات عادات النوم بالفئات التالية.

1- اضطرابات القدرة على النوم Primary insomnia تحدث هذه المشكلة عند عدم قدرة عضو الأسرة لمدة شهر فأكثر على النوم والاستمرار به للمدة المعتادة.. الأمر الذي يؤثر سلباً على علاقاته أو/وتفاعلاته الاجتماعية، ومسؤولياته الدراسية (بالمدرسة أو الجامعة) وفي العمل أو الوظيفة، أو أي نشاط أخر يقوم به.

يعاني عضو الأسرة باضطرابات النوم الحالية من مشاكل صعوبة البدء الفعلي للنوم نتيجة تقلبّه وانتظاره لساعات أحياناً.. أو تقّطع عملية النوم بيقظته لفترة ثم العودة للنوم مرة أخرى وتكرار ذلك،، مشوشة بالنتيجة إدراكه ومظهره وسلوكه الإنساني. إن فقر عادة النوم وحرمان عضو الأسرة من الراحة والحيوية والانتعاش الجسمي والعقلي نتيجة ذلك ومحاولاته المتواصلة غالبا للتخلص من هذه المشاكل دون جدوى أحيانا.. تؤدي به إلي معاناة حادة في حياته اليومية،وخبرته لصعوبات واضحة في التركيز والحيوية الجسمية والسلوكية وتعكير المزاج بوجه عام.

2- اضطرابات النوم الزائد. تبدو مشاكل النوم الحالية برغبة عضو الأسرة المستمرة في النوم.. بحيث يميل كلما استيقظ لدقائق أو فترة وجيزة، الى الذهاب إلى النوم مره أخرى.. بالرغم من استهلاكه لثمان ساعات (مدة النوم اليومية القصوى المقبولة). يبدو عضو الأسرة بمشكلة النوم الزائد تَعباً يشكو من عدم كفاية النوم, يلاحظ عليه النعاس حتى خلال النهار في العمل او الدراسة او قياده السيارة.. الأمر الذي يُشكّل خطورة علي حياته أحياناً، او مواجهته لصعوبات اجتماعية وعملية واضحة.

3- اضطرابات هجمات النوم التي تبدو بصيغة مُدد قصيرة من النوم خلال يقظة عضو الأسرة خلال النهار في العادة، تدوم بين ثوان معدودة إلى دقائق او ساعة علي الأكثر.. إن الفترة الملاحظة عموما مهما يكن لهجمات النوم الحالية هي 15 دقيقه.

وتحدث هجمات النوم بعد شعور عضو الأسرة بالنعاس لمدد متفرقة حيث تتبعها هذه الهجمات لاإراديا دون سابق إنذار.. ومن هنا في الواقع،

تكمـن خطـورة الاضـطرابات الحاليـة في كـون عـضو الأسرة خـلال النهـار مـشغولاً غالبـاً في أداء مسئوليات روتينية او وظيفته محدده، باستعمال آلة او جهاز او قيادة السيارة للعمـل او لتوصـيل الأبناء او أفراد الأسرة إلى المدرسة او مكان محدد.. او التحدث او التفاعل مع الآخرين..

4- اضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم. عندما يعاني عضو الأسرة من صعوبة التنفس خـلال النـوم ,عندئذ يشار بوجود الاضطراب الحالي لديه. هذا ويعاني بعـض الأبنـاء مـن توقـف التـنفس لفـترة قصيرة بسبب انسداد المجاري الهوائية لديهم. كما أن لدى البعض الآخر مـشاكل في التـنفس تبـدو على شكل هلوسة بالكلام آو شخير عال خلال النوم (إن الشخير العـالي خـلال النـوم يـشكل سـبباً رئيساً في عديد حالات الطلاق في الولايات المتحدة الأمريكية).

وعلى كل حال، فان خطورة اضطرابات النوم الحالية تتمثل في مشكلة تقطـع أو توقـف التـنفس. حيث يواجه عضو الأسرة نتيجتها خطر الموت. إن كل ما يمكن لـلأسرة أو لعـضو الأسرة عملـه، هـو تحويل المريض إلي طبيب جسمي أولاً للتأكد من عدم وجود أسباب عـضوية في الأنـف أو الجهـاز التنفسي تؤدي الى إعاقة أو توقف التنفس.. ثم بعدئـذ تحويلـه عنـد صحته الجـسمية إلي طبيـب نفسي لعلاج الاضطرابات التي قد تكون وراء مشكلة النوم الحالية.

ب- إضطرابات عمليه النوم آو أثناء النوم

Para Somnias

تبدو اضطرابات عملية النوم من المشاكل التي تحدث لدى عـضو الأسرة خـلال نومـه فعلياً. مـن هذه المشاكل ما يلي:

1- إضطرابات الأحلام المزعج Nightmare Disorders. إن الأحلام المزعجة التي تتكرر لدى عضو الأسرة وتسبب له تشويش نومه، تؤدي عند حدوثها إلي الاضطرابات الحالية. وبيـنما تحتـوي اضطرابات الأحلام على حوادث مرعبة، فإن عضو الأسرة يعي تفاصـيلها تماماً ويـستطيع في العـادة اسـتعادتها عنـد يقظتـه مـن النـوم، مؤديـاً بـه إلي أمـرين:عـدم القـدرة عـلى النـوم مـرة

أخرى، ثم شعوره بالقلق العارم الذي لا يقدر تحمله. أما الأطفال، فيتعرض البعض منهم للأحلام المزعجة لكنهم يتعدونها غالباً، خاصة إذا كانوا يعيشون أسراً وحياة عادية مستقرة.

2- اضطرابات النوم المرعب Sleep Terror Disorder

يبدو عضو الأسرة باضطرابات النوم المرعب باكياً بصوت عال او صراخ.. ممزوجاً بالسباب أو اللوم أو التقريع. وقد يجلس وهو نائم في السرير خلال البكاء أو الصراخ مستمراً في ذلك لدقائق بالرغم من محاولة البعض من حوله إيقاظه من كابوسه المرعب.. وعندما يُسأل عن سبب ما قام به، فانه لا يستطيع استعادة شيء من ذلك بالرغم من الحالة النفسية المرتبكة التي تبدو بها.

3- اضطرابات المشي خلال النوم- حالة خطرة خاصة

يقوم عضو الأسرة باضطرابات النوم الحالية (المشي خلال النوم) بالنهوض من السرير بدون وعي، ويسير بالمنزل من مكان إلي آخر.. أو قد يفتح الباب ويخرج ماشياً إلي أماكن في الجوار مثل السوق او الحديقة او المطعم ثم يعود إلى فراشه وكأن شيئاً لم يكن، دون وعي ما قام به. ويلاحظ عضو الأسرة هنا محدقاً عينيه بدون حركة تذكر عليهما وبجمود واضح في تعابير الوجه. إن الخطورة التي يواجهها مثل هذا الفرد هو تعرضه للسقوط او الكسر نتيجة تعثره او تغير طبيعة او مكونات البيئة أو الطريق التي اعتاد في صحوته عليهما.

والمشي أثناء النوم Sleepwalking هو مشكلة اضطرابية في عملية النوم يعاني منها بعض الأبناء، خاصة الأطفال حتى عمر 12 أو 13 سنة، وبعض المراهقين أحياناً. وهي لحسن الحظ أقل مشكلات النوم التي أوضحناها، حدوثاً لدى الأطفال والشباب اليافع (المراهقين).

وإذا لاحظت الأسرة سلوك الابن أو الابنة وحاولت تنبيهه للتوقف والذهاب إلى النوم، فإنه لا يدرك ذلك بالرغم من استجابته لهم وعودته للنوم.. وعند

الصباح أو عند قيامه من النوم بكامل وعيه العادي، لا يتذكر شيئاً مما حدث معه خلال الليل مهما حاولت الأسرة تذكيره حول الأمر. ومع هذا يشعر الطفل نتيجة ذلك بالعار والذنب والقلق والحيرة مما حصل.. حيث نتوقع من الأسرة هنا ممارسة عناية فائقة بعدم ضغطها وتذكيرها الزائد، تجنباً لتفاقم معاناته بالمشي أثناء النوم مع انفعالات سلبية لديه.. فتزداد حالة الطفل سوءً.

والأطفال كما نوهنا هم أكثر الفئات العمرية معاناة من مشكلة المشي أثناء النوم، والأولاد منهم أكثر معاناة أيضاً من البنات.. والحالات المعتدلة لهذه المشكلة، يحدث فيها المشي مرة أو اثنتين في الشهر، ولا تسبب أذى للطفل غالباً. أما إذا زادت عن ذلك بتكرارها كل ليلة مثلاً وقيام الطفل بالخروج من المنزل خلالها، وتعرّضه للحوادث والإصابات الجسمية نتيجة اصطدامه بشيء أو وقوعه أرضاً أو في حفرة أو غيرها مما لا يعيه الطفل أثناء مشي النوم، عند كل هذه الحالات، يتوجب من الأسرة فوراً استشارة جهة طبية نفسية متخصصة لحل المشكلة من جذورها.

أسباب عامة لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

إن أهم الأسباب الملاحظة لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء: أطفالاً في العادة وشباباً يافعين أحياناً، هي معاناتهم خلال الحياة اليومية في النهار لمشاكل وحاجات :

1- عاطفية انفعالية بإهمال الأسرة للأطفال وعدم القرب النفسي منهم وإشعارهم بالحب والعناية، أو بتفضيل أحدهم على الآخرين نفسياً بالحنان والانتباه أو بالمنح المادية من لباس وشراب وطعام.. ومرافقة الأب والأم خارج المنزل وترك الأخوة الآخرين يراقبون بحسرة وغيظ كل ذلك.

2- الحرمان المادي من تحقيق أو إشباع رغباتهم في كساء أو غذاء أو مصروف يومي أو مدرسي أو غيرها..

3- النزاعات الأسرية المستمرة وضياع الأطفال وانقسامهم نفسياً وشعورهم بالغضب العارم والحزن، من الحظ أو المصير الذي أوقعهم في مأزق نفسي واجتماعي ومادي نتيجة ولادتهم بالأسرة.

4- مواجهة الطفل لمشاكل حادة خاصة بواحد أو أكثر من الثلاث أعلاه، أو خاصة بالأقران أحياناً ولم يستطع حلها والتغلب عليها خلال يومه بالنهار.. حيث يثير في عقله اليأس الادراكي والانفعالي الذي يصل إليه الطفل خلال النهار بعدم حل هذه المشاكل.. مؤدياً به عند الليل للهذيان وتقطع نوبات نومه بالمشي أو بغيره.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

تلاحظ الأسرة لدى الأبناء المؤشرات السلوكية التالية المرتبطة عادة بمشكلة المشي أثناء النوم:

1- صعوبة إيقاظ الطفل خلال حادثة المشي أثناء النوم، فمهما حاولت الأسرة تنبيهه للحالة التي هو فيها، فإنه لا يصحو من حالة النوم ولا يعي بعدئذ ما جرى له عند اليقظة الفعلية، أو عند النهوض صباحاً حيث لا يتذكر ماذا حدث له مهما كانت محاولات الأسرة معه حول ذلك.

2- النسيان أو فقدان الذاكرة بعد حادثة المشي أثناء النوم.

3- حدوث المشي عادة خلال الثلث الأول من نوم الطفل.

4- ظهور اضطرابات نفسية وجسمية مرافقة لحالة المشي أثناء النوم.

5- مرافقة حديث الطفل أحياناً لحالة المشي أثناء النوم.

6- ميل الطفل للصمت أو شبه الخرس خلال المعاناة من مشكلة المشي أثناء النوم.

7- تعدد سلوكيات مشكلة المشي أثناء النوم من الجلوس البسيط في السرير، إلى المشي في غرفة الطفل نفسه،إلى الأخطر بركض الطفل وصراخه بصوت عال.. وربما خروجه من المنزل أحياناً في غمرة استغراق الطفل في الحالة الاضطرارية.

8- قيام الطفل في بعض الحالات بالبوال خطأ في أماكن محظورة بالمنزل مثل غرفته أو الصالة أو غيرهما، دون الذهاب إلى الحمام كما يتوقع.

9- -استعمال الطفل أحياناً لألفاظ غير مستحبة خلال المشي أثناء النوم، لا يتفوّه بها خلال وقته العادي في اليقظة.

10- إمكانية تعرّض الطفل نتيجة الحالة، للأذى والإصابات الجسمية باصطدامه بأشياء صلبة أو وقوعه أرضاً أو غيرها.

تشخيص اضطرابات النوم لدى الأبناء

إن التشخيص السليم لاضطرابات النوم يجب أن يتم بالطريقة العيادية، حيث يحضر عضو الأسرة إلي عيادة خاصة لهذا الغرض (عيادة اضطرابات النوم) ويمكث فيها ليلة كاملة بإشراف مختص وكادر طبي يسجّلون خلالها لدرجة شاملة او مطولة،، نوع النوم الذي يقوم به عضو الأسرة ومساحاته الملاحظة.. حيث بناء على هذه التسجيلات السمعية والمكتوبة، يمكن تحليل وتشخيص حالة عضو الأسرة واقتراح العلاج المناسب.

أما الأعراض المرافقة لإضطرابات النوم،بالإضافة لما أوردناه لمشكلة المشي أثناء النوم آنفاً،، فتشمل صعوبات نفسية مثل: الاكتئاب وتشوش التركيز والإجهاد والقلق والانزعاج،، او قابلية الإثارة لأبسط الأسباب.آما الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم المزمن فيعيشون في الغالب أمراضاً في المعدة وآلام الرأس والعضلات.

التوجيه الأسرى للتغلب على مشكلة اضطرابات النوم لدى الابناء

حدث معظم اضطرابات النوم نتيجة تعرض الفرد لمواقف ضاغطة تأخذ منه عقله وتركيزه الإدراكى وقدرته على صناعه القرار مؤديا ذالك به إلي اضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب والقلق.. وهنا يأتي دور أفراد الآسرة أو المقربين من أصدقاء ومعارف للحديث معهم والتنفيس عن غضبه آو حنينه أمله مؤديا الآخذ والرد والحوار والتعاطف مع الفرد إلي التخفيف من اكتئابه و خلوده للراحة والنوم في الأحوال العادية.

أما إذا كان الفرد يعاني من اضطرابات نوم مزمنة، فيفضل مراجعته لطبيب مختص للعمل بطرق نفسية ودوائية مناسبة على التغلب على مشكلة النوم وعودته إلي الحياة الطبيعية مرة أخرى.

ومهما يكن، فيمكن للأسرة عند معاناة أحد أعضائها من اضطرابات نوم غير مرضيه او غير حادة , تنظيم عادة النوم لديه بالأداة والبرامج التالية:

إستطلاع مشكله النوم لدى الأبناء

يبين الاستطلاع المبسط التالي إذا كان عضو الأسرة يعاني من حيث المبدأ مشكلة النوم، تمهيداً لعلاجه المناسب بعدئذ.

	طة النوم	نعم	لا	أحياناّ
1	**أستغرق في النوم سريعاّ**			
2	**أستمر في النوم حتى النهاية**			
3	**أستيقظ حيوياّ من النوم**			
4	**أعود للنوم بسرعة إذا استيقظت أحيانا**			
5	**أنام جيداً بالتغاضي عن تغيرات مواعيد العمل اليومي**			
6	**أنام جيداّ بالرغم من شخير الشخص بجانبي**			
7	**أنام جيداّ برغم من أصوات مشوشة حولي**			
8	**أنهض من النوم على الموعد المعتاد**			
9	**أنام جيداّ عند السفر خارج البيت**			
10	**أعرف كيفية التغلب على الأحلام المزعجة**			

تحليل اضطرابات النوم **:** إذا كانت إجابات عضو الأسرة على الاستطلاع نعم أو أحياناً , وخاصة على الجمل الخمس الأولى.. عندئذ يكون عفياّ من اضطرابات النوم. أما إذا كانت معظم الإجابات لا, فأنه يعاني في الغالب من

اضطرابات النوم.. الأمر الذي يتوجب تحويله إلى عيادة متخصصة للعلاج والشفاء المطلوب.

برامج عيادية لتغلب الأسرة على مشكلة النوم لدى الأبناء

هناك على أي حال برامج عيادية عديدة يمكن دراستها ذاتياّ والتغلب بها على مشاكل النوم, وهي متداولة على مستوى تجاري عام.. ومفهومة سهلة الاستخدام. من أمثلة هذه البرامج اثنان. الأول موجه للتعامل مع مشكلة النوم عند تغيرات روتين العمل (صباحاّ ومساء) أو بأوقات متضاربة خلال النهار والليل. أما الثاني فيتركز على تعليم عضو الأسرة كيف ينام جيداّ في الليل.

البرنامج الأول : كيف تنام جيدا؟

يتكون البرنامج من المواد التالية :

1- شريط فيديو مدته (55) دقيقة وفيه عشر قطاعات او أقسام مختلفة هي :

* مقدمة وتقييم أولى لكيفية نوم عضو الأسرة.

* التغلب على مشاكل النوم ببرمجة اللاوعي في العقل الإنساني.

* ماذا يجب أن نعمل عندما نريد النوم ولماذا لا نستطيع إجبار أنفسنا عليه.

* التغلب على المعيقات النفسية.

* كيفية برمجة الساعة البيولوجية في الدماغ للاستمرار في النوم حتى وقت اليقظة المطلوب.

* النوم أثناء ضوء النهار أو الأصوات الجانبية.

* نصيحة عامة للتغلب عن مشاكل النوم.

* روتين هام قبل النوم.

* اقتراحات لاستعمال شريط الكاسيت السمعي.

2- **كتاب العمل** (44) **صفحة** وتشمل :

* ملخص للمعلومات في القطاعات العشر بشريط الفيديو.

* معلومات إضافية مرتبطة بقطاعات شريط الفيديو.

* سلسلة من التمارين الخاصة.

3- **شريطان سمعيان من نوع كاسيت** , ويشملان:

* الشريط الأول متوفر في البرنامج الثاني الموجه للأفراد الذين يواجهون مشاكل النوم بالليل،، لكنه مقدم بصيغة يمكن بها لعضو الأسرة الاستماع إليه، بينما يستلقي في السرير استعداداً للنوم.

* الشريط الثاني يقدم مهارات تطبيقية يقوم بها عضو الأسرة للمساعدة في النوم حتى الوقت المحدد للنهوض.

البرنامج الثاني : كيف تنام جيداً في الليل؟

تم تطوير هذا البرنامج بمرافقة سابقه الأول : كيف تنام جيداً بالتغاضي عن تغيرات روتين العمل. ويحتوي على :

1- شريط فيديو مدته (50) دقيقه مقسم إلى عشر فئات، تشبه محتوياته إلى حد كبير سابقه بالبرنامج الأول سوى في النقاط التالية :

* تركيز أقل على كيفيات النوم خلال الأصوات الجانبية.

* حذف المادة الخاصة بكيفية النوم خلال ضوء النهار.

* معلومات أقل حول الساعة البيولوجية والتنظيم الذاتي البيولوجي.

2- كتاب العمل : يحتوي نفس المعلومات لسابقه في البرنامج الأول مع اختلاف في عدد التمارين في نهاية كل قطاع بالكتاب.

3- شريطان سمعيان من نوع كاسيت ويشملان :

* الشريط الأول يشبه في المحتوى نظيره في البرنامج الأول السابق مع فرق واحد فقط يتمثل في حذف المادة : كيف تنام في ضوء النهار.

* الشريط الثاني : يشبه في المحتوى نظيره في البرنامج الأول مع تركيزه على كيفيات النوم في الليل والنهوض في الوقت المحدد.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

نؤكد دائماً على حقيقة مطلقة بخصوص تربية الطفل والإنسان بدون مشاكل، مفادها: أن الأسرة هي دائماً الحل. فهي المهد الذي يترعرع فيه الأبناء ويشكلون خلاله أطرهم الشخصية الأساسية.. وإن ما يبقى من تفاصيل ثانوية

في الغالب في هذه الشخصية تتّم في بعضها (وليس كلها) بفعل المدرسة والبيئة الاجتماعية الواسعة.

والطفل الذي لم يخبر في الحياة كثيراً بعمر5 الغض خارج البيئة الأسرية وحتى عمر 12أو 13 سنة، فإن المسؤوليات الرئيسية لتربية ونمو شخصيته ونجاحاته ورسوبه المدرسي أو النفس السلوكي، بما في ذلك مشكلته الحالية : المشي أثناء النوم، تقع كلها على عاتق الأسرة إيجاباً عند قيامها الإيجابي بهذه المسؤوليات، وسلباً عند عجزها بقصد أو بدونه عن ذلك.

ومع الحقيقة الأسرية والتربوية أعلاه، يمكن للأسرة عند ملاحظة مشكلة المشي أثناء النوم لدى أحد أطفالها، مراعاة ما يلي :

1- تحسين عادة النوم لدى الطفل بتعويده على مواعيد محددّة للذهاب إلى السرير بغرض النوم ثم للنهوض صباحاً.

2- تشجيع الطفل للذهاب إلى الحمام لتفريغ كليته من البول تماماً قبل النوم. إن شعور الطفل خلال النوم بالحاجة للبوال، يثير فيه القيام بدون وعي والمشي في المنزل وربما البوال في مكان غير مناسب دون الحمام.

3- إخلاء غرفة نوم الطفل من أي شيء أو تجهيزات حادة أو معيقة للحركة عموماً، حتى لا تؤذي الطفل بالاصطدام فيها والإصابة بجروح أو كدمات خلال المشي أثناء النوم.

4- الإغلاق المحكم لنوافذ وأبواب غرفة الطفل المطلّة على الخارج أو على شرفة بالمنزل، تجنباً لاحتمال خروجه وسقوطه المميت على الأرض، خاصة إذا كان المنزل في طابق علوي من مستوى الأرض.

5- تحويل الطفل عند تكرار وكثافة حالة المشي أثناء النوم إلى جهة نفسية متخصصة، لإجراء فحوصات وتحليلات شاملة، وعلاجه بطرق وأدوية مناسبة للتغلب على مشكلته الاضطرابية الحالية.

*****

تجنّب الأبناء الاجتماعي

مقدمة

يبدو اضطراب التجنب الاجتماعي Avoidance في امتناع عضو الأسرة عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين نتيجة شعوره بعدم الكفاية او النقص ,والحساسية الزائدة من نقدهم او تقييمهم السلبي له. ان هذه المؤشرات الثلاث (الامتناع عن التعامل مع الناس والشعور بالنقص ثم الحساسية المفرطة من التقييم السلبي), هى في الواقع أعراض رئيسية مباشرة يمكن بها للمختص او المعالج النفسي الاجتماعي (وكذا الإنسان العادي) تشخيص هذا الاضطراب لدى احد أعضاء الأسرة (ان وجد), او أفراد التلاميذ في الغرف الدراسية كما هو الأمر مع المعلمين.

مؤشرات تحذيرية لاضطراب التجنب الاجتماعي لدى الأبناء

بالإضافة للأعراض الرئيسية التي أوردناها آنفا كمعايير تشخيصية لحالة اضطراب التجنب, فإن التفاصيل التالية توضح أكثر طبيعة هذه الأعراض , حيث يحكم المعالج او المعلم او الأسرة أن عضو الأسرة يعاني من الاضطراب الحالي اذا لوحظ لديه أربعة أعراض أو أكثر منها:

1- تجنب الأنشطة الوظيفية او التعليمية او الأسرية او غيرها التي تتطلب تعاملا شخصياً متكررا ومباشرا، وذلك نتيجة الخوف او النقد او المعارضة او الرفض له من الآخرين: زملاء او اقراناً او معارفاً.

2- غير راغب في التعامل مع الآخرين ما لم يجد فيهم من يرغب او يميل اليه.

3- ممارسة التحفّظ والبطء في العلاقات الحميمة مع الآخرين بسبب الخوف من العار او التعرض للهزو.

4- الانشغال بالتفكير من احتمال التعرض للنقد او الرفض في المواقف الاجتماعية.

5- النظر لذاته على انه إجتماعياً غير لائق وغير جذاب او غير مرغوب شخصياً فيه, ودون الاخرين في أشياء عديدة.

تشخيص اضطراب التجنب الإجتماعي لدى الأبناء

بالإضافة لاعتماد المختص / المعالج النفس اجتماعي الأعراض الرئيسية آنفا, يمكنه اعتبار الإرشادات التالية :

- ❖ تشوش وتناقص واضح في السلوك والميول الفردية في مختلف مجالات التصرف الإنساني مثل : العاطفة والتنبه او المداخلات البيئية وأسلوب التعامل والعلاقة بالآخرين.
- ❖ مثابرة السلوكيات غير العادية الشاذة في مختلف المواقف الاجتماعية دون حصرها في نوبات الخلل او الاضطراب العقلي
- ❖ استمرار اضطراب التجنب من الطفولة او المراهقة امتدادا لسن الكبار عند الرشد.. حيث تعود جذور هذا التجنب غالباً لتلك المراحل المبكرة من نمو عضو الأسرة.
- ❖ ارتباط التجنب باضطرابات أخرى مثل الاكتئاب وظهور مشاكل لدى عضو الأسرة في الوظيفة او العمل والتعامل الاجتماعي.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة التجنب الإجتماعي لدى الأبناء

تتوفر طرق عديدة لعلاج اضطراب التجنب هى نفسية غالباً في طبيعتها.. وتهدف إلى استعادة عضو الأسرة لثقته ولقدراته على تأكيد ذاته في المواقف الاجتماعية، وصولاً لتحسين وصيانة سلوكه ودوره المدني في الاجتماعات اليومية المتنوعة للبيئة.

ومهما تنوعت طرق العلاج النفسي التي قد يتبناها المختص / المعالج النفس اجتماعي التي نقدمها لاحقاً فأن تأسيس علاقة بناءة وقوية تربط عضو الأسرة المتجنب اجتماعياً بالمعالج المختص. فبدون وجود هذه العلاقة أولاً ,

فان عضو الأسرة ينسحب تلقائياً من عملية العلاج نظراً لكون مشكلته الأساسية تتمثل في معارضته للارتباط / التعامل مع الاخرين.. انه في الغالب يمتلك القدرة على التعامل وتأسيس العلاقات الاجتماعية , ولكن التردد والخوف من تعرضه لإحراج تجعله يحجم عن ذلك.

تأتي بعدئذ أهمية تعريض عضو الأسرة لمواقف تدريبية اجتماعية محاكية يمارس خلالها المهارات والميول والأهداف الاجتماعية التي يحتاجها، وذلك قبل الطلب منه التمرين واستعمال هذه المهارات والميول في المواقف المحلية خارج بيئة العلاج. أي يتوقع هنا تدريب وممارسة عضو الأسرة للمهارات والميول الاجتماعية في مواقف محاكية وبيئات معملية.. حتى اذا اطمئن المختص / المعالج على قدرة عضو الأسرة بالخروج وممارسة ذاته في المواقف الاجتماعية الحقيقية.

اما الطرق العلاجية الممكنة فقد تكون واحدة او أكثر مما يلي:

- العلاج النفس تحليلي لكشف او تحديد أفضليات وأهداف عضو الأسرة الحياتية او ما يشغل ذاكرته من مخزون لم يستطيع تحقيقه في الماضي.
- العلاج السلوكي لتعديل السلوكيات الضعيفة او الشاذة , وللحد من الخجل والقلق الاجتماعي ولتطوير الإحساس بقدرة وتأكيد الذات في المواقف الاجتماعية، وزرع الثقة بالنفس على المبادرة والانغماس مرة اخرى في الحياة الاجتماعية.
- العلاج الادراكي لنزع الافتراضات والأفكار الخاطئة حول الذات الفردية والآخرين في البيئة، وتحسين إرادة وحيوية عضو الأسرة للتحرك والمبادرة والإقبال على البيئة.
- علاج العلاقات الشخصية لتصحيح الصعوبات التي تعتري علاقات عضو الأسرة بالبيئة، بواسطة علاج المجموعات.. لتوفير الدعم والتعزيز لمساعدته في التغلب على القلق الاجتماعي الذي يساوره عند التعامل مع

الآخرين، وتطوير الثقة بالنفس والآخرين من خلال الاجتماعات المتكررة للمجموعات.

*****

الموضوع الخامس

النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

مقدمة

النـشاط المفـرط hyperactivity disorder او / و اضـطراب عجـز الانتبـاه attention deficit disorder هو عرض سلوكي او أعـراض يبـدو فيهـا الطفـل عـاجزاً عـن الانتبـاه للـشيء او القـول او الحدث الذي يعتبر هاماً له او /و للبيئة،، مصاحباً ذلك بالتشوّش وعدم الاستقرار الحركي وصـعوبة التركيز على شيء واحد او مهمة واحدة في أي وقت. والاندفاع السلوكي وتحوّل الرغبة والعمـل مـن شيء أو تعلم الى الآخر فجأة وبدون استكمال ما يقوم به.. انه سهل الانزعاج وأكثر إثارة وعدوانيـة من الأطفال العاديين.

وتشير بعض الدراسات ان نصف أطفال العالم يعـانون مـن اضـطراب النـشاط المفـرط وعجـز الانتباه..ولكن التقديرات العامة التي يلتقي عليها معظم المهتمين خاصة في الولايات المتحدة تـصل لنسبة تتراوح بين 5%- 10 % من الأطفال معظمهم من الأولاد بنسبة 5 الى 1 بنات يعانون من هذا الاضطراب.. أي حوالي 3.5 مليون طفل او ناشئ يعيشون ما يـصفه بعـض المختـصين، حيـاة عـابرة على الخط السريع من الحركة السلوكية الدؤوبة في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومع ان طفل النشاط المفرط لا يُعدّ معاقاُ حسب المعايير العيادية الإكلينيكية.. كما هو لـيس ناقص الذكاء عموما, الا انه يمتلك غالباً صعوبات في التعلم وقابل للانحراف السلوكي اكثر مـن غـيره الأطفال العاديين.. حيث تنوّه إحدى الدراسات ان نسبة كبـيرة او واضـحة مـن المنحـرفين اليـافعين هم من النشطين المفرطين.

ويخلط بعض الأفراد بـين الطفـل النـشط Active child الـذي يتحـرك ويبـدو حيويـا وفـضوليا يـستطلع كـل شيء ويـسأل كثـيرا.. او يـسيء التـصرف ولا يـسمع

كلام والديه او لايطيع تعليماتهما.. والطفل مفرط النشاط المشوش المندفع وغير القادر عموما على الانتباه للاخرين او مسؤوليات التعلم او غيرها من أنشطة الحياة اليومية. انهما (الطفلان النشط والمفرط النشاط)مختلفان حيث تبقى مسؤولية تمييزهما لاجل علاج الإفراط ملقاة على عاتق التشخيص كما نورد فيما بعد.

ومهما يكن، تفيد معظم التقارير والدراسات المختصة. ان اضطراب النشاط المفرط /عجز الانتباه يتلاشى من شخصية الطفل مع عمره (15) خمس عشرة سنة نتيجة عملية العلاج العلمي الموضوعي (دون الشخصي الاجتهادي بالطبع). فالأنشطة المفرطة تنحسر مع تقدم الطفل في العمر والتغيرات العصبية والاتصالات بين خلايا الدماغ ومناطقه الادراكية المتنوعة في دماغه تنشا وتتلاحم بعد ان كانت مفقودة او متقطعة.

وبالتربية والصبر والمحبة والقبول والعناية الجادة من الأسرة للطفل، بالإضافة للمساعدة العيادية النفسية والطبية التي يتلاقاها.. يتمكن الطفل في الغالب مع نهاية مرحلة المراهقة الاولى بعمر 15 سنة من الخروج من مآزق اضطراباته الحركية الزائدة، ويبدأ من جديد بالاستماع والانتباه البناء للاخرين.

فروق بين الأطفال الموهوبين وذوي النشاط المفرط

يخلط العامة وبعض الخاصة من المعالجين النفسيين أحياناً بين الأطفال الموهوبين وذوي النشاط المفرط / عاجزي الانتباه،، نظرا لاشتراك هؤلاء معاً ظاهريا وليس جوهريا في عديد من الأعراض التي نصنفها لأطفال النشاط المفرط.. الأمر الذي يؤدي لخطأ في التشخيص ووصف علاجات غير مناسبة حينا أو ضارة مدمرة لإبداع الموهوبين وحاجات المضطربين بالنشاط المفرط وعجز الأنتباه (أنظر الجدول لاحقاً).

فالمشاكل السلوكية التي يسببها الموهوبون احياناً للمعلمين وافراد الاسرة ليست متواصلة من موقف أو يوم ليوم آخر، بل هي أعراض لمنبهات بيئية غير مقنعة أوغير مغذية لفضولهم وحاجاتهم الإدراكية غالبا ؛ في حين يواظب

الأطفال المفرطين في نشاطهم وعجزهم عن الأنتباه في مشاكلهم السلوكية في كل المواقف على مدى الأربع والعشرين ساعة في اليوم، ولكن عندما نسأل الأسرة أو المعلمين عن حالة الطفل الموهوب.. يختلط عليهم الأمر فيقولون : نشط مفرط ويحتاج إلى علاج؟

والأطفال الموهوبون يبدون سئمين ضجرين متأففين ومشوشين غير مستقرين في جلوسهم بمقاعدهم، يتحدثون مع جوارهم وغير مركزين أو مثابرين على واجباتهم الصفية.. لماذا؟ لأن إدراكهم وذكاءهم يصل في العادة إلى مرتين أو أربع مرات من مستوى ذكاء اقرانهم العاديين في سنهم أو صفهم.. ويستطيعون القيام بالمطلوب في وقت قصير أقل بكثير مما يستطيعه أقرانهم في الفصل: العاديون والأقل قليلا... فماذا يعملون؟ يتحدثون غالباً للتسلية واللهو لتمرير الوقت في حوادث وتصرفات خارج مهمات التعلم،، لتذهب عنهم الملل وطول الوقت وصعوبة الانتظار للتحول إلى تعلم مفضل آخر.

وبالنسبة للاطفال المضطربين بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.. فيبدون ايضا مشتتي الانتباه غير مستقرين ومؤذين في سلوكياتهم كحال الموهوبين، ولكن لأسباب مختلفة عن سابقيهم. فيلاحظ أن المختصين / المعالجين النفسيين والمعلمين والأسر يمزجون أحياناً حالات الفئتين , مؤدياً سوء الفهم هذا إلى سوء التشخيص والعلاج لكلا الحالتين كما نوهنا.

التسلسل	سلوكيات مرتبطة بأضطراب النشاط الزائد / عجز الانتباه	سلوكيات مرتبطة بالموهوبين/ المبدعين
1-	فقر مواصلة الانتباه في جميع المواقف	فقر الانتباه والملل والسرحان في مواقف محدده
2-	التوقف عن المهمات التي لا تعطي نتائج مرغوبة سريعة ومباشرة	قبول المهمات والعمل بها بالرغم من عدم ارتباطها الواضح برغباتهم
3-	الاندفاع وعدم الرغبة في تأجيل	نضجهم او تطورهم الادراكي يفوق رغباتهم او قدراتهم على

	المكافأة المقترحة	الحكم على الأشياء
4-	**ضعف توافقهم مع التعليمات لتنظيم او منع سلوكهم في مواقف اجتماعية**	**ضغط او كثافة التعليمات قد يؤديان للنزاع مع الأسرة او المعلمين**
5-	**نشطون وقلقون أكثر من أقرانهم العاديين**	**نشطون وحيويون لدرجة عالية وحاجتهم للنوم اقل من المعتاد**
6-	**صعوبات في الالتزام بالأحكام والتعليمات**	**يتساءلون عن جدوى الأحكام والعادات والتقاليد**

والنشاط والتوافق مع التعليمات والأحكام هى ايضاً أعراض قد يُساء فهمها عند تشخيص المضطربين بعجز الانتباه والموهبين.. فبينما يتوقف الأطفال المضطربون بالنشاط الزائد عن الحركة، والتحوّل من تصرف الى آخر بصيغ عشوائية ومتواصلة لا تهدأ.. ويصعب عليهم أيضاً إتباع التعليمات والتوجيهات او الأحكام الأسرية أو الصفية , فإن الأطفال الموهوبين يركزون نشاطاتهم لتحصيل أهداف تربوية محددة , ويتساءلون عن جدوى بعض الأحكام والتعليمات والقوانين.. ويخلقون لأنفسهم أحياناً بدائل أخرى أكثر تقدماً وتعقيداً، متوقعين غيرهم من الأطفال الالتزام بها، الأمر الذي يسبب ازعاجاً او ضيقاً لدى المعلمين وأفراد الأسرة والأقران على السواء.. مشيرين الى هؤلاء الموهوبين بإضطراب النشاط المفرط / الانتباه القاصر.

والخلاصة، إن من واجب المختص / المعالج النفسي عند تشخيص وعلاج اضطراب النشاط الزائد / عجز الانتباه, اتباع منهج ووسائل علمية موضوعية لتحديد هوية المصابين بهذا الاضطراب من الآخرين اللذين يوصفون مبدعين او موهوبين او لامعين في ذكائهم. يقدم الجدول آنفاً ستة معايير للتفريق بين اعضاء هاتين الفئتين لإعتبارها عند التشخيص، بالإضافة

للمبادئ والوسائل المقترحة في فقرة: تشخيص اضطرابات النشاط الزائد / عجز الانتباه، لاحقا.

اسباب اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يعود اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه الى عدة أسباب او عوامل وراثية وبيئية , نُلخصها بما يلي :

أ- **أسباب وراثية** : يفيد عدد من الدراسات ان اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه،، يظهر بنسبة 40% لدى الأطفال في الأسر التي يعاني أعضاؤها من هذا الاضطراب أصلاً، ومن اضطرابات المزاج او الحالة العاطفية- النفسية المتقلبة ثم الادمان على الكحول.. وتُضيف هذه الدراسات أن عجز القدرة على التحكم ذاتياً وقصر الانتباه (أو عجز الانتباه) هي أيضاً وراثية في أصولها..

إن تأخر تطور الدماغ أو عدم النضج الدماغي بالمقارنة مع نظيره العادي الملاحظ في عمر الطفل, وضعف الانضباط الذاتي،، حيث يبدو الطفل بحاجة للضبط الخارجي من الوالدين او المعلمة لمدة طويلة، هى أيضا عوامل مسببة لاضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه.

ان امراض الغدة الدرقية (بالإفراز الزائد) ومشاكل السمع والبصر والجهاز العصبي واضطرابات الاكتئاب والقلق، هى أيضاً اسباب ملاحظة للاضطراب الحالي.

ب - اسباب بيئية : أن أهم الأسباب البيئية التي يوردها الباحثون لاضطرابات النشاط الزائد / عجز الانتباه، نوجزها بما يلي :

1 - التفكك الأسري بالانفصال أو الطلاق أو الهجر،، وما ينجم عنها من تحوّل الأسرة إلى نصف أسرة، والأعباء العادية إلى أخرى غير عادية ثقيلة وغير مُحتملة من الطرف الآخر.

2 - التعامل الأسري مع الطفل : إن تعامل الأب والأم أو المعلمين والأقران مع الطفل بفظاظة وعدم احترام وإهمال وقسوة وعنف، تُحفز فيه الرغبة والسلوك

في العدوان والتعصيب والغيظ من نفسه ومن البيئة.. فيبدو بالنتيجة هائجاً يروم المكان (اسرة أو مدرسة أو حياً) من جانب إلى آخر بدون هدف أو تركيز أو وعي لما يريد.

3 – التناول الزائد للحليب ومشتقاته من ألبان والأجبان والشوكولا ثم حبوب الـذرة والقمـح، حيث تؤدي لتنشيط النظام العصبي أكثر مما يحتمل الطفل للبقاء هادئاً سويّ السلوك.

4 – تناول الأطعمة المحفوظة والملونة أو بمذاقات إصطناعية والسكاكر بوجه عام.. يؤدي ايضا لتنشيط النظام العصبي بصيغة حركات مشتتة هائمة ومفرطة.

5 – الكيماويات والتلوث الكيماوي للبيئة والمواد التي يتعامل معها أو يتناولها الطفـل، ومـواد الرصاص والزئبق والمبيدات الحشرية، هي أيضاً عوامـل مـسببة عنـد تفاقمهـا لاضـطراب النـشاط المفرط / عجز الانتباه.

6 – الأفراط في تناول المضادات الحيوية وما تؤديه من عـدم تـوازن تكـاثر البكتريـا المفيـدة في مجـرى النظـام العـصبي، مـما يحفـز نمـو بكتيريـا ضـارة تعـرف بالفطريـات البيـضاء Candida albicansالتي تضر بنظام المناعة, وتؤدي الى التهابات الأذن واضطراب الجهاز العصبي بصيغ سرعة الإثارة والإنزعاج وفقد الإنتباه، والعجز عن التركيز والنشاط المفرط..

أعراض اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يلاحظ على الطفـل أو الـشاب اليـافع (المراهـق) المـصاب باضـطراب النـشاط المفـرط / عجـز الانتباه، الأعراض السلوكية التالية :

1 – عدم أنتباه الطفل لما يقال له.. انه لا يستمع عند حديث الآخرين، كما لا ينتظر حتى يـأتي دوره في الحديث أو يكمل واجبه أو يرجع الى هذا الواجب عندما يقاطعه احد من الأقران..

إن معـدل مـدة انتبـاه الطفـل العـادي يـصل إلى 3 – 5 دقـائق لكـل سـنة من عمره.. فإذا كان عمر الطفل على سـبيل المثـال 3 سـنوات، فـإن مـدة الانتبـاه

العادية التي يستطيعها هي(3 × 3) الى (3×5) = 9 – 15 دقيقة في حدها الأقصى، حيث يتحول تلقائياً إلى مهمة أو سماع شيء أخر. إن هذه المساحات الزمنية تختلف بالطبع عند انتباه الطفل للأقران خلال اللعب المرغوب فيه، أو عند مشاهدة الطفل لبرامج الأطفال التلفزيونية،، حيث تبدو مدة الإنتباه أطول بكثير من الحالة الأكاديمية الراهنة، سواء كانت هذه الحالة في الأسرة أو رياض الأطفال أو المدرسة الابتدائية.

2 – النشاط (الحركة) المفرطة : أن 80 % من الأطفال الأولاد و50 % من الأطفال البنات بعجز الأنتباه، يعانون أيضاً من النشاط الحركي المفرط. يلاحظ على هؤلاء الأطفال الحركة القلقة المشوشة عند الجلوس والنوازع المندفعة والسرعة المتهورة في السلوك اليومي.

3-اعاقة التعلم : ان 50% من الأطفال بأعراض عجز الانتباه والحركة المفرطة، يعانون أيضاً من إعاقات في التعلم. ان أكثر هذه الإعاقات تكرارية لديهم هى: عجز المعالجة السمعية (نتيجة صعوبة تذكر التعليمات اللفظية) لدى هؤلاء الأطفال، مع أنهم يمتلكون ذكاء عادياً أو عالياً أحياناً.

4- المشاركة في أنشطة جسمية خطرة بدون حساب للعواقب.

5-فقدان الأشياء والممتلكات الشخصية باستمرار.

6-مقاطعة الاخرين باسمرار.

7- الحديث المتواصل.

8-اللعب الصاخب (غير الهادئ في العادة).

9- التحوّل باستمرار من نشاط الى اخر بدون انهاء اي منها غالباً.

10- صعوبة التركيز.

11- صعوبة في إتباع التعليمات.

12- الاندفاع في اعطاء إجابات على الأسئلة بدون الطلب منه.

13- صعوبة الانتظار لدوره (كما نوهنا في رقم 1 : عدم الانتباه).

14- التشوش في الانتباه والتركيز.

15- صعوبة البقاء جالسا في المقعد.

16-الحركة العصبية المندفعة او العاصفة او القلقة في التنقل من مكان الى آخر.

17- معاناة من مشاكل في النوم.

18-العدوان والفوضى ومقاطعة الآخرين في أعمالهم او أنشطتهم.

19- عدم الترتيب العام في المظهر الشخصي.

20- فقدان الأصدقاء والمقربين بأستمرار.

21- التصرفات الطارئة او المفاجئة بدون تنبؤ الآخرين لذلك.

22- تجنب المهمات والأنشطة التي تتطلب جهدا عقليا متواصلا نسبيا.

23-صعوبة تنظيم المهمات والأنشطة المطلوبة منه استعدادا للتنفيذ.

24- تكرارية المشاكل المدرسية والتعرض للفصل او الطرد من المدرسة.

25- الحاجة المستمرة للعقاب الجسدي والتعنيف بأستمرار(نتيجة تعدد او تنوع واستمرار المشاكل التي يحدثها الطفل)

تشخيص اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يراعي عند تشخيص اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه ,الخطوات الضرورية التالية :

1- جمع ودراسة التاريخ الشخصي المفصل للمضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه، وذلك بدرجة حادة ودقيقة وشاملة. ان هذه البيانات الشخصية المفصلة هى بالغة الأهمية لفهم حالة عضو الأسرة الاضطراب وتشخيص عوامله البيئية والوراثية المحتملة، وبالتالي وصف العلاج الطبي والنفسي الناجع للشفاء المطلوب.

2- اجراء الاختبارات النفسية (بما فيها كشاف الصحة النفس اجتماعية) ثم الصحية الجسمية. خاصة اذا لاحظ المختص / المعالج النفس اجتماعي أعراضاً غير عادية في هذا السياق.. ان إجراء عضو الأسرة لفحوصات وتحاليل صحية مخبرية متنوعة يوفر في العادة قاعدة بيانات مفيدة لفهم أسباب

الحالة الاضطرابية الحاليـة موضـوعياً، وعـدم خلطهـا بإضـطرابات وأعـراض مرضـية او سـلوكية أخرى.

3- تحديد الوضع الراهن لحالة اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتبـاه بنـاء عـلى الخطـوتين (1 و2) من حيث :

* طبيعة ودرجة الحالة الاضطرابية.

* الاهداف الفردية والعلاجية التي ستتحقق من عملية التصحيح.

* العوامل المُسببة للحالة الاضطرابية.

* حاجة عضو الأسرة للتغيير وأنواع الحوافز والظروف المساعدة على ذلك من وجهة نظره.

* الكوادر العلاجية والتسهيلات والمواد والخدمات المساعدة التي تتطلبها عملية العلاج.

* الطرق العلاجية المتنوعة النفسية والطبية الدوائية التي يمكن إستعمالها مع عضو الأسرة.

*النتائج المباشرة وغير المباشرة التي تفرزها عمليـة العـلاج بإسـتعادة عـضو الأسرة لـدوره وسـلوكه المدني في الاجتماعات اليومية المتنوعة للناس.

4- بدء العلاج النفسي وبمساعدة العلاج الطبي بالادوية اذا لزم, عند استكمال التشخيص العلمي والموضوعي فقط لحالة اضطراب عضو الأسرة كما وضحنا في رقـم 3. ان الاجتهـادات الشخـصية في التعامل علاجياً مـع عـضو الأسرة , تـؤدي في الغالـب الى مزيـد مـن تفـاقم معاناتـه النفـسية والى انتكاسات اضطرابية وصحية جسيمة معقدة لا طائل لها أحياناً.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يمكن علاج اضطراب بالنشاط المفـرط / عجـز الانتبـاه بـستة أنـواع مـن الطـرق هـى: العـلاج بالغذاء, والعلاج النفس اجتماعي, العلاج بالتربية، العلاج بالتـدريب الـنفس فـسيولوجي، والعـلاج النفسي, والعلاج الطبي بالأدوية. وفيما يلي توضيح موجز لهذه الطرق.

العلاج بالغذاء : يشكل الغذاء العامل الأساسي للنمو الفسيولوجي للانسان.. وبدون الغذاء المناسب يضعف الجسم وتتفاقم إمراضه بما فيها الاضطرابات النفسية للنشاط المفرط / عجز الانتباه الحالي. ومن هنا، فان إتباع عضو الأسرة لنظام غذائي يراعي فيه من حيث النوع والكيف ما يجب أن يتناوله يومياً من طعام.. يعتبر مبدئياً صمام الأمان او المناعة الأولية ضد الإصابة بالنشاط المفرط /عجز الانتباه. ان الأغذية الطبيعية الجافة والطازجة هى الأجدى صحياً للمضطربين والعاديين بحد سواء.

وقد أفادت الدراسات في هذا الاطار ان التخفيف الواضح لمواد الحليب ومشتقات الألبان عموما، والشوكولا والسكر أو السكاكر أو الحلويات والأيس كريم(البوظة) والأغذية المحفوظة، أو المجمدة باستعمال الكيماويات،، وعدم التعرض للسموم وبعض المعادن المؤذية صحياً مثل الرصاص والنحاس والزئبق والمواد الكيماوية عموما،، وعدم استعمال المضادات الحيوية بصفة متكررة.. والإكثار بالمقابل من تناول الخضار والفواكه والفيتامينات مثل مركب ب والزنك والماغنسيوم والكالسيوم، تساهم كلها بفعالية في تخلص عضو الأسرة من اضطراباته الخاصة بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.. خاصة عند استعمال طرق علاجية أخرى مما نعرضه في هذه الفقرة مع العلاج الحالي بالغذاء.

العلاج النفسي اجتماعي :

يركز هذا العلاج على تحسين العلاقات الشخصية الثنائية بين الإفراد بما فيهم المضطربين بالنشاط المفرط / عجز الإنتباه. إن المقيدات والتغييرات الطارئة التي تفرضها حالة الطفل الاضطرابية بالنشاط المفرط / عجز الانتباه على روتين الأسرة اليومي, وما يُحدثه ذلك من تشوش وضيق وإحراج نفسي أحياناً، خاصة عند وجود زوار أو غرباء.. تطلب كلها من الأسرة جهدا بالغا في أمرين :

* الصبر والأناة والتحمل لما عليه الطفل من أعراض إضطرابية ثم :

* معاملته باللطف والحسنى وإشعاره دائما بالقبول الاجتماعي، والتفهم لصعوباته أو عذاباته الأضطرابية.. والإستعداد دائما للإستماع إليه كلما رأى

الحاجة لذلك. إن رفض وتبرم وشكوى الأسرة بالمقابل، يُشعر الطفل بالذنب واليأس والإكتئاب والقلق المستمر عند وضعه الإجتماعي في الأسرة، مؤدياً ذلك في الأحوال العادية إلى استعجال حالته وتعميم غضبه واضطراباته على البيئة المحيطة، بدءاً بالأسرة والأقران والحي إلى المدرسة والتعلم والمتعلمين والمعلمين..

أما إذا كان المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه راشداً كبيراً يعيش مع آخرين بالأسرة أو مضطربين آخرين كبار السن.. فإن بإمكان هؤلاء العمل معا لتطوير علاقات اجتماعية متفاعلة فيما بينهم تساعدهم أفراداً ومجموعات في تخفيف معاناتهم الاضطرابية.. يراعى الفرقاء لتعزيز التفاعل الأجتماعي معا، المبادىء الأجرائية التالية :

1 – العمل معا في إنجاز الأنشطة اليومية وفي عمليات الشفاء من اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه. فبينما يساعد هذا على انضباط المصاب بالاضطراب وتقليده لسلوك رفيقه السوي الآخر والإستئناس نفسيا بصحبته، فإن العمل مع رفيق مضطرب آخر يسهل على الأثنين إنجاز أنشطة ومتطلبات الحياة اليومية، وكذلك عمليات التقدم في العلاج والشفاء المطلوب.

2 – التحدث للآخر.. بالجلوس معاً ومناقشة آثار الاضطراب الإيجابية والسلبية على أهداف وآليات الحياة اليومية لكل جهة.. وإذا كان إثنان أو أكثر مضطربين بنفس الأعراض،، عندئذ تستمر جلسات الحديث معا ويتم تَقاسم المسئوليات المفضلة من كل منهم وتعزيز أحدهم للآخر.. بينما يتقدمون معا في رحلتهم للشفاء.

3 – المساعدة في المثابرة على العلاج حسب الاتفاق.. وهنا يساعد عضو الأسرة المرافق , خاصة إذا كان الأخير عاديا، في متابعة زميله أو رفيقه خلال العلاج وتحفيزه على مواصلة الإلتزام بإتفاق العلاج الذي اخذه على نفسه مع المعالج المختص.. لكن بدون الإلحاح والتذمر والذم اثناء العمل التطوعي الحالي.

4 - الإحتفاظ دائما بسجل للأعمال أو الأشياء المطلوبة على مدى اليوم أو الأسبوع. يساعد هذا الإجراء المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الأنتباه على التذكر والتنظيم وإنجاز الواجبات في أوقاتها.

5 - مراقبة المؤشرات التحذيرية لإنتكاس العلاقات الثنائية الإجتماعية.. والعمل من كل الأطراف مضطربين وعاديين على مزيد من التفهم لحالاتهم وحاجاتهم الفردية, والتخلي عن الشعور بالغبن نتيجة بذل طرف لجهد أكثر من الآخر في سبيل استمرار هذه العلاقات، أو في توفير العناية لتحسين الحالة الاضطرابية للآخر.

6 - توفير الوقت الضروري لممارسة كل فرد لخصوصيته،، ووقت آخر للإجتماع معا والإستمتاع بخبرات اجتماعية أو ترفيهية معا داخل أو خارج المنزل.

7 - مديح كل طرف للآخر كلما قام بعمل أو مسؤولية، لتحفيز المضطربين والعاديين منهم على السواء بالإستمرار والتحسين حتى النهاية.

8 - المحافظة على الحيوية والمرح وحب النكتة , لتفريغ الضيق تلقائياً والإستمتاع بالعلاقة الإجتماعية والأعمال المشتركة معاً، وللإحساس بالتفاؤل والنظر دائما للتقدم في المستقبل.

العلاج بالتربية :

إن التربية هي وقاية من الإنحراف والاضطراب وشرور السلوك.." والوقاية خير من قنطار علاج ". ولكن عندما يفشل الإنسان في أداء واجباته تجاه الآخر بالتربية الوقائية، نحته مرة أخرى للعودة إلى التربية لتصحيح ما فَسَد بعدم التربية.

إن المبدأ الحيوي الحاسم للتربية المطلوبة هنا هو : المحافظة على الطفل في الأسرة والمدرسة مشغولاً طيلة وقت اليقظة،، بمهام ومسؤوليات وأنشطة يرغبها وبناءة في نفس الوقت لحاجاته ونموه الفردي، بما في ذلك التغلب على

الفجوات السوداء في شخصيته كما في اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه..

تراعى الأسرة والمعلمون في المدرسة خلال إنشغال الطفل بأنشطة مرغوبة ومفيدة، عددا من المبادئ الإجرائية نلخصها بما يلي :

1- التوقيت المناسب للأنشطة والمهام التي يقوم بها الطفل.. إن جزءاً من فشل التربية حتى العادية منها، يعود لتكليفنا أو طلبنا من الطفل القيام بأنشطة أو سلوك أو تعلم في غير الوقت المرغوب منه أو في الوقت الذي يبدو فيه غير مستعد لذلك.

إن ملاحظة الأسرة والمعلمين رغبات الطفل واهتماماته الآنية واستعداده للقيام بنشاط دون آخر، ومن ثم تكليفه بما يستجيب لهذه الميول والحاجات الفردية يؤدي به تربوياً لاكتساب معارف ومهارات مفيدة لنموه الشخصي، والتخفيف كذلك من اضطرابات نشاطه المفرط / عجز الانتباه.

2- تحويل مهمات التعلم الى مواقف وخبرات لعب يتحصل الطفل المضطرب بالحركة خلالها تدريجياً المفاهيم الأكاديمية لدروسهم المطلوبة.

3-الطلب من الطفل عمل شيئين او تعلم مهمتين في وقت واحد وذلك للمحافظة عليه مشغولاً.. يراعى في هذا المبدأ مناسبة طول مدة العمل او التعلم لقدرة الطفل على التركيز والمثابرة،، وان تكون أحد المهمتين ترفيهيه تعليمية، بينما الاخرى اكاديمية تعليمية.. كأن يحل مسألة خاصة بنظرية المثلث واخرى خاصة برسم المثلث او بناء مجسم لشكل مثلث.

4-السماح للطفل بالاجابة شفوياً كلما ناسب ذلك.

5-دمج الحركة في كل مهمة تعلم كلما أمكن ذلك.

6-تعليم الأهم ثم المهم. ليس كل شيء في الكتاب المقرر يجب تعلمه من الطفل. فإذا كان هناك عشر أنشطة مطروحة لتعلم مفهوم أكاديمي.. فقد يُكتفى بنشاطين او ثلاثة دون ضرورة للعشر بكاملها.

7- تزويد الطفل بقائمة للتعيينات المطلوبة كل يوم للاسترشاد بها خلال التعلم.

8-التوفيق بين سرعة أسلوب التدريس وقدرة الطفل على التقدم في التعلم والتحصيل.

9- تجاهل ما يقوله الاخرون عن الطفل المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.انظر الى الطفل والمواهب والقدرات التي يستطيعها واستثمرها لديه الى أقصاها من اجل تعلمه ونموه الشخصي.

10- تقسيم مهمات التعلم أو الواجبات الأسرية إلى تصرفات أو مسؤوليات محدودة أصغر،، يمكن للطفل القيام بها بدون تعارض كبير مع قدراته المحدودة على المثابرة والتركيز والانتباه. فإذا كان لدى المعلمة على سبيل طفل مفرط النشاط / عاجز الأنتباه , ومن عادتها (غير التربوية) تكليف تلاميذ الفصل كتابة موضوع المطالعة (10) مرات منزلياً لإحضارها في اليوم التالي.. فمن الأولى بها هنا الطلب من الطفل أن يكتب الموضوع مثلا مرة أو إثنتين كل يوم على مدى ايام الأسبوع الدراسي.. إن تكليفه بكتابة الموضوع مرة واحدة في اليوم الأول ومرتين في اليوم الثاني وثلاث مرات في اليوم الثالث،، وهكذا حتى إنتهاء التعلم المطلوب.. وتعويده تدريجياً على المثابرة والتركيز والإنتباه, قد يساعد الطفل في التخفيف من آلامه الاضطرابية ومن ثمّ على التعلم المأمول.

11 – إحكام تخطيط وأنضباط وإدارة بيئة الطفل حتى يتعود على نظام سلوكي محدد غير النزاع الفوضوي المندفع الذي ينشغل به غالبا على مدار الساعة. من الإجراءات التي يمكن تبنيها في هذا الإطار ما يلي :

- تحديد مكان مناسب لكل شيء أو واجب مطلوب من الطفل. قد يكون هذا المكان غرفة أو مكتب الطفل في المنزل أو مقعده بالصف في المدرسة. فقد يجمع معاً كافة أدوات الكتابة في محفظة صغيرة تُعرف (المقلمة)، أو يضعها معا في كأس أو فنجان على المكتب بالمنزل، والكتب ومذكراتها في درج محدد، والواجبات الفورية القائمة في درج آخر، والأخرى اللاحقة بعد مدة في درج ثالث.. وإكسسوارات (مواد) العناية الشخصية للمظهر العام (خاصة البنات) في مكان محدد معروف.. واللباس المدرسي مع ملحقاته

في طرف معين بالخزانة.. والأحذية وملحقاتها في رف خاص بالخزانة المعدة لذلك..

- إن هذا التحديد المتخصص لأماكن وجود أشياء ومواد ومسؤوليات الطفل، يساعد على الإستقرار السلوكي، وعدم إندفاع الطفل من مكان لآخر كالمجنون في أخر لحظة في الصباح عند الإستعداد للذهاب للمدرسة..
- العمل بأجندة أو جدول اعمال يومي وأسبوعي للطفل والأسرة أو / والمعلمين بالمدرسة يُبيَّن فيهما: المواعيد واماكن الأنشطة وأنواع النتائج المتوقعة في كل مرة. إن مثل الوسائل الحالية تساعد الأسرة والمعلمين والأطفال المضطربين، على تذكر ما هو متوقع من كل منهم ومتابعة ذلك حتى النهاية.
- الأستعانة بساعات منبّهة لتذكير الأسرة والمعلمين والطفل المضطربين بالفترات الزمنية المحددة للإنتهاء من كل نشاط.
- تحديد مكان خاص للانزواء جانبا من أفراد الأسرة والطفل عند تنبؤ انفجارات سلوكية من الطفل المضطرب.. إن هذا المكان موجه للتأمل والإحساس بخصوصية كل منهم واستعادة الهدوء والإستقرار النفسي دون العقاب أو الرفض الاجتماعي.
- استثناء أو سحب أي منبهات بيئية مشوشة لإستقرار الطفل المضطرب، لكون هذا ضرورياً في العادة لإنتباهه وتركيزه ومثابرته على الأنشطة والمسؤوليات التي يكلف بها في الأسرة أو / والمدرسة. وإذا لم يمكن سحب المشوشات البيئية نظراً لرسميّتها وعموميتها مثل المناسبات العامة الرياضية أو الترفيهية أو الشعبية أو الوطنية.. عندئذ يمكن سحب الطفل نفسه من المكان القريب أو المُطّل على هذه المُشوشات إلى آخر داخلي مغلق أو بعيد نسبياً عن مصدر التشويش.

العلاج بالتدريب النفس فيسيولوجي :

إن أسوأ شيء يعيشه عضو الأسرة في الحياة، ويؤثر على طاقته الحيوية هو التوتر العضلي والضيق العصبي،، حيث ينجم عن ذلك انفجاراته السلوكية راشداً كبيراً أو نشاطه المفرط طفلاً صغيراً. وفي كلتا الحالتين، لا تحدث هذه الأعراض السلوكية الحادة بسبب إمتلاك عضو الأسرة (طفلا أو راشدا) لطاقة جسمية كبيرة وعارمة، بل لأن إنسدادات قد أغلقت مجاري هذه الطاقة، معيقة بالنتيجة حرية تدفقها كالمعتاد حسب متطلبات الحالة الشخصية لعضو الأسرة والمواقف الحياتية التي يمر فيها. يلاحظ على عضو الأسرة الأعراض الإضطرابية التالية:

* تشوش وقلق الجسم.

* فقدان التركيز.

* تقلبات المزاج العام.

* التصبّب عرقا لليدين والجسم.

* فقدان التركيز.

* التعصيب وسرعة الغضب.

* الشد العضلي.

* عسر الهضم.

* تسارع نبض القلب.

ويمكن التغلب على هذه الأعراض الإضطرابية بالتدريب الجسمي : النفس فسيولوجي بالأنواع والإجراءات التالية : التدريب على الاسترخاء بجهاز PcE , وفحص نبض الأصابع، وتدريب الغدة الدرقية ثم تنشيط وظيفة الدماغ. وفيما يلي توضيح موجز لكل منها.

1 - التدريب على الأسترخاء بجهاز PcE . جرى التأكيد في الطب الصيني القديم قبل آلاف السنين، على حركة الطاقة في الجسم وأهمية تفريغها المناسب لتوازن الجسم والمحافظة على الصحة النفسية لعضو الأسرة. إن الإخلال في تدفّق هذه الطاقة بدرجة كبيرة أكثر او بدرجة أقل كثيراً مما يحتاجه الجسم.. يُفقد الجسم توازنه النفس حركي ويصبح مريضاً..

ومن هنا، تبدو مهمة تدريب عضو الأسرة على الإسترخاء من أجل التحكم بانسياب الطاقة الذاتية عاديا في الجسم،، لا أكثر أو أقل بدرجات متطرفة، من خلال التغذية البيولوجية الراجعة لمستوى الضيق أو النشاط (بملاحظة أعلى درجة سلبية ممكنة) ومستوى الإسترخاء أو الإذعان أو الهدوء (بملاحظة أعلى درجة إيجابية ممكنة). يتم التدريب على الإسترخاء بالمبادىء والإجراءات التالية:

- تحضير واستعمال مذكرة لحفظ سجل التدريب بالتغذية البيولوجية الراجعة.
- الجلوس في كرسي مريح ووضع حزام الرأس كما في الصورة، ووصل المجّسات الإلكترونية الحساسة Electrodes بسلك الحزام، ثم وصل السلك بجهاز التدريب PcE. يمكن وضع قليل من مادة الجلي Jely على بشرة الرأس لتسهيل عمل المجسّات الإلكترونية..ثم إدارة مفتاح تشغيل الجهاز.
- ملاحظ القراءات المئوية على شاشة جهاز التدريب يساراً ويميناً.. تقرأ على سبيل المثال أيسر = 30 وأيمن = 20. إبدأ التجريب بالتفكير في أشياء وحوادث وخبرات متنوعة: إيجابية وسلبية مثل (نجاح، فشل، أب، أم، أخ، حماة، صديق، انجاز محدد..).



Biofeedback Training with the PcE Trainer ,The IPN

Retrieved 25/1/2015 www.ipn.at/

- مراقبة باستمرار العلاقة بين الأحاسيس الجسمية والإنفعالات التي تشعر بها والقراءات على الجهاز بجانبيه الأيسر والأيمن.
  - الاحتفاظ بالأفكار الخاصة بالحوادث والناس والأشياء التي تُحدث انفعالات أقوى، حتى الحصول على قراءة نموذجية لحالة الأسترخاء التي تحتاجها مع تدوين قراءات الجهاز النهائية لذلك.
  - الاستمرار في التدريب على الإسترخاء بالجهاز، حتى تعتاد الحصول على الحالة النفسية الهادئة تلقائياً بالإرادة الذاتية على التحكم والتوجيه.
  - استثمار القدرات الذاتية في الحصول على المزيد من الهدوء النفسي والإسترخاء وتسجيل أعلى درجات ممكنة من القراءات الإيجابية.

مبادىء إضافية يمكن مراعاتها في التدريب على الأسترخاء بجهازPcE :

- التدرب كلما إستطعت للتعرّف على نفسك وخصائصك النفسية أكثر في مختلف المواقف الإنفعالية التي تمرّ فيها.
- تحديد الظروف التي تمثل إشكالية نفسية، للعمل على حلها أو تحييدها بالتدريب المركز على إسترخاء عضو الأسرة.
- محاولة دائماً إنهاء التدريب على الإسترخاء بخبرة إيجابية: نجاح في شيء أو فرح من حادث معين.
- تجنّب الضغط على نفسك للتدريب على الإسترخاء. تدرّب عندما تشعر راغباً أو بحاجة لذلك.
- تجنب التدريب على الاسترخاء لأكثر من نصف ساعة.
- التصور في عقلك أثناء التدريب بالجهاز جملا أو أسماء أو خبرات، وحاول تكرارها والإحتفاظ بها في إدراكك، بينما تتذكر المشكلة أو الحالة في جسمك أو حالتك النفسية خلال ذلك.. وراقب القراءات على الجهاز. مثل هذه التصورات الإدراكية هي: أنا في حالة صحية جيدة، لقد كان نجاحي رائعا في الإختبار، لديّ قدرات تفوق كثيرة مما لدى الآخرين، أنا إنسان حيوي، ينتظرني مستقبل رائع..

○ المحافظة على عيونك مفتوحة على شاشة الجهاز وقراءاته المتنوعة، حتى إذا حدثت قراءة رقمية معينة مرافقة لحالة الإسترخاء المطلوبة، عندئذ يمكن تكرارها في المرات اللاحقة للحصول على الإسترخاء النفس فسيولوجي المنشود.

2- تدريب الإسترخاء بفحص نبض الأصابع.إن هذا الإجراء التدريبي على الإسترخاء هو بسيط في طبيعته. لكنه مفيد جدا في الحصول على الراحة أو الهدوء النفسي.. كما هو سهل التعلم والتطبيق من قبل معظم الأفراد. وبهذا الأجراء التدريبي يستطيع عضو الأسرة الإتصال بجسمه والتعرّف على الوظائف البيولوجية داخله. يتم تطبيق إجراء الاسترخاء الحالي، بالخطوات المبسطة التالية :

❖ وضع رؤوس أصابع اليدين بصيغة ملامسة لبعضها.

❖ إغماض العينين لبرهة قصيرة.

❖ تغيير ضغط أصابع اليدين معا حتى تشعر بالنبض في رؤوس الأصابع.

❖ الإستمرار في الوضع رقم 3، بادئا في الوقت نفسه بالتنفس ببطء ونظام..

حتى تشعر أن نبض الأصابع أصبح أقوى مما قبل.

❖ البدء الآن بعدّ النبضات من 1 - 10»، ثم إعادة العدّ مرة ثانية وثالثة وأكثر.. إن المهم هنا ليس عدّ النبض بذاته بل التركيز على النبض نفسه، وبالتالي على الجسم وما يجري داخله من أنشطة ووظائف.

يلاحظ عضو الأسرة نتيجة إجراء التدريب الحالي على الإسترخاء، أن :

* مشاعر الضيق قد تلاشت.

* الأوعية الدموية قد إتسعت نتيجة الإرتياح والإسترخاء.

* الشعور بحرارة (سخونة) اليدين يبدأ بالظهور.

* النبض برؤوس الأصابع يبدأ بالانخفاض.

* إختفاء آلام الرأس تبدأ في الإختفاء في حال وجودها.

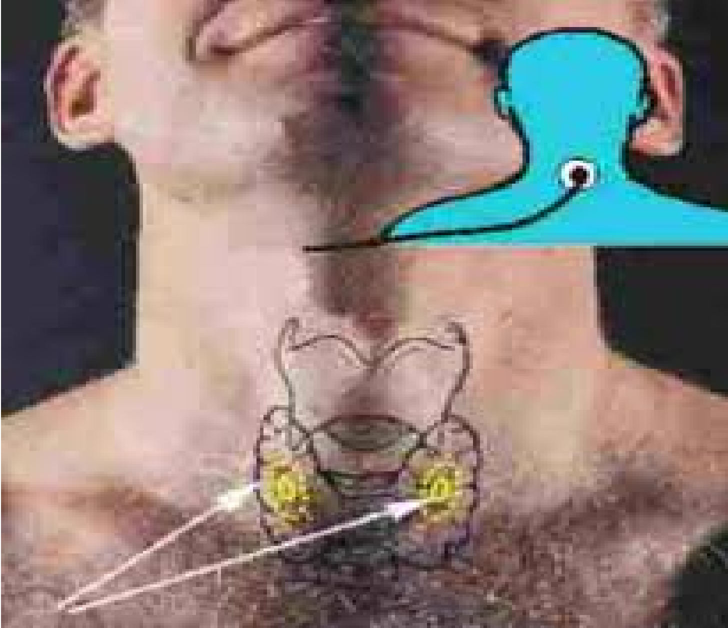
* القلق أو التشوش يبدأ بالإنخفاض أو التلاشي.

3- تدريب الإسترخاء بالتحكم في عمل الغدة الدرقية :

تقع الغدة الدرقية في أدنى جانبي تفاحة آدم، وتزن حوالي 20- 25 غراما.وتمارس الغدة الدرقية تأثيراً بالغاً من خلال إفرازاتها الهرمونية على نمو الجسم وحيويته بوجه عام.. إن الإفراز المتدني عن المعتاد للغدة الدرقية يورث في عضو الأسرة الخمول والكسل والميل لقلة الحركة. بينما الإفراز الزائد لهذه الغدة يثير فيه سرعة الإثارة والحركة والقلق وعدم الأستقرار..

إن استعمال جهاز مدربPcE الذي أوضحناه آنفاً، يساعد على رصد نشاط الغدة الدرقية، وعلى تنظيمه من خلال التدريب على الإسترخاء لصالح حركة مقبولة لعضو الأسرة.

ويستخدم مع الجهاز المدرب على الأسترخاء بغرض ترشيد عمل الغدة الدرقية، وصلة كهربائية ثلاثية توضع في الفيش (المدخل) الخاص بجهاز المدرب بواسطة الخطوات البسيطة التالية :



Thyroid Gland Training. www.ipn.at/ Retrieved 25/1/2015

- إمسك الكيبل (الوصلة) كما يشير البرغي إلى أسفل.
- ضع الوصلة في فتحة الإستقبال بالجهاز بدون أي صعوبات.
- إمسك الطوق وحَرّكه إلى الأمام وإلى اليمين حتى يتوقف تماماً.
- لاحظ الآن أن وصل الكيبل بالجهاز المدرب أصبح ثابتاً.
- ثبّت طرف الكيبل الأحمر بالمجّس الإلكتروني، ثم ضعه على الجانب الأيمن للغدة الدرقية أسفل تفاحة آدم.
- ثبّت طرف الكيبل الأزرق بالمجّس الإلكتروني، ثم ضعه على الجانب الأيسر للغد الدرقية أسفل تفاحة أدم.
- ثبّت السلك الثالث للكيبل (الوصلة) بالمجّس الألكتروني، على الرقبة من الخلف كما يبين الشكل.
- شغّل الجهاز الآن بإدارة الزر إلى وضع (1).. اقرأ الرقم الذي يظهر على الشاشة، فسّر الأرقام التي تظهر على الشاشة كالتالي:

- الرقم السلبي على شاشة الجهاز المدرب، يشير لنشاط الغدة الدرقية (إفرازها الهرموني الزائد في الدم).
- أما إذا أرتفع الرقم الإيجابي انخفض معه نشاط الغدة الدرقية.
- الأرقام بإشارة W/O تعني إيجابياً فقدان الطاقة أو نشاط الغدة الدرقية.

تابع التجريب بالجهاز المدرب للتحكم بقراءات الشاشة. وكلما مالت القراءات للقيم الايجابية(الزائد)، يساعد ذلك الطفل على الهدوء والإستقرار الحركي. أما إذا مالت الى السالب، فيعني تزويد الطفل بطاقة أكثر تبقى كما هي في المظهر العام.

إن الغدة الدرقية تنظم بشكل عام التغيرات الكيماوية (عمليات الأيض الخلوي) في الخلايا.. أي الطاقة المطلوبة للإنسان. إن تحكم عضو الأسرة بعملية الإفراز الهرموني يُمكّنه من رفع نشاطه أو تخفيضه لأجل الراحة والهدوء والإسترخاء.

4- التدريب على الاسترخاء بتنشيط وظيفة الدماغ :

يهدف هذا التدريب على الإسترخاء إلى تزويد الدماغ بطاقة لحيوية عمله وتحسين قدرته على التركيز والاستيعاب. إن تخلّف الأطفال في التعلم والتحصيل، يعود في حقيقة الأمر إلى فقدانهم الطاقة في بعض أجزاء أدمغتهم أو في أدمغتهم أحياناً.

إن تدريب هؤلاء على الإسترخاء باستعمال الجهاز المدرب PcE، يساعد لدرجة واضحة على فتح الإنسدادات في معابر الطاقة داخل الدماغ، وإنسيابها من جديد في الأوعية الدماغية المتنوعة. إن حصول المتدرب على أكبر قدر ممكن من القراءات السلبية على شاشة الجهاز،، يعني شحن الدماغ بكميات كبيرة من الطاقة.. وارتفاع قدراته بالتالي على التفكير والتعلم والتحصيل.

العلاج النفسي :

يشكل العلاج السلوكي واساليب الإدارة السلوكية والعلاج الأسري (بالأسرة)، أهم ما يستخدم للتغلب على اضطرابات النشاط المفرط / عجز الانتباه.

إن **آخر علاج** يمكن اعتباره في التغلب على مشاكل الإنسان الصحية الجسمية والنفسية **هو الدواء**.. نظراً لسوء تشخيصه واستعماله من المختصين / المعالجين والمضطربين أحياناً ثم لمضاره الكيماوية المحتملة على صحة الإنسان.. إن العلاج بالأدوية هو في رأينا آخر الخيارات التي يمكن اللجوء إليها في الطب النفسي عموماً. من أمثلة الأدوية المتداولة في علاج اضطرابات الشخصية بما في ذلك إضطراب النشاط المفرط / عجز الأنتباه، القائمة التالية.

Medication Chart

Stimulant Medications

Brand Name	Generic Name	Approved Age
Adderall	amphetamines	3 and older
Concerta	methylphenidate	6 and older
Cylert*	pemoline	6 and older
Dexedrine	dextroamphetamine	3 and older

Seroquel (atypical)	quetiapine	18 and older
(generic only)	thioridazine	2 and older
Zyprexa (atypical)	olanzapine	18 and older
Orap	pimozide	12 and older (for Tourette's syndrome). Data for age 2 and older indicate similar safety profile.

Mood Stabilizing Medications

Brand Name	Generic Name	Approved Age
Cibalith-S	lithium citrate	12 and older
Depakote	divalproex sodium	2 and older (for seizures)
Eskalith	lithium carbonate	12 and older
Lithobid	lithium carbonate	12 and older
Tegretol	carbamazepine	any age (for seizures)

*****

تأتأة الكلام لدى الأبناء

مفهوم تأتأة الكلام

التأتأة Stutteringهي اضطراب ينتج من صعوبة دمج عضو الأسرة للأصوات في كلمات سلسة أو طليقة، فيلاحظ ذلك في تكراره أو مطّه أو تأخيره لأصوات بداية الكلمات في الحديث مع الآخرين،، مرافقاً عدم الطلاقة اللفظية أو ما يسمى هنا التأتأة، تعبيرات ولوازم حركية على الوجه أو حركات جسمية، تشير جميعاً الى ما يعانيه عضو الأسرة في محاولته الكلام والتغلب على وقفاته والقلق الذي يشعر به، وفي تجنّبه أحياناّ للكلام للتخلص من الضيق والإحراج.

وتعتبر التأتأة أكثر الاضطرابات الكلامية حدوثا في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يصل المصابون بهذا الاضطراب اللغوي الى 1% (3ملايين نسمة).. وان الأولاد معرضون أكثر من البنات لهذا الاضطراب بنسبة 1:4. وكثير منا العاديين في الواقع يتلعثم في اللفظ والحديث احيانا ويتردد ويجد صعوبة في التفوّه بكلمة او جملة او بلفظها على طلاقتها كما هي العادة،، بالتوقف او التردد او التكرار لأصوات بدايات الكلمات، او ادخال فواصل بحروف او كلمات دخيلة لا معنى لها سوى من وجهة نظر المتحدث حيث تساعده في الخروج من عُسر او تقطع الكلمات او الحديث مع الاخرين مثل : اه، اوه، اذا بدك وغيرها.

ومع هذا يجب ان لا يزيد حدوث هذه الظاهرة بعدم الطلاقة اللغوية البسيطة او الخفيفة في الكلام عن 7-10% من حديث عضو الأسرة،، والاّ يعتبر مصاباً باضطراب التأتأة الذي نوضحه في هذا الموضوع.

والتأتأة كإحدى اضطرابات الشخصية تعود في جذورها الى عوامل وراثية وبيئية.. فبينما تفيد بعض الدراسات ان 50-75% من هذا الاضطراب ينجم عن اخلالات وراثية.. فان العديد من الحالات التي لاحظها المؤلف / الباحث

على مستوى التعليم الجامعي (مرحلة البكالوريوس) قد نشات من حوادث او مواقف سلبية عارمة، أوقعت الطلبة المعنيين في صدمات نفسية أسكتت فيهم منذ سنوات مبكرة لطفولتهم المتوسطة (حوالي عشرة سنوات) طلاقتهم اللغوية المعتادة، حيث ظهر عجزهم عن الكلام العادي بالتأتأة، متعززاً ذلك بشعورهم بعدم الرغبة في الكلام او بالحياء والخوف من الحديث امام اقرانهم الطلبة في المحاضرات او برفقة أقرانهم عند زياراتهم المكتبية.

ومهما يكن، فقد لوحظ على الطلبة تنوع درجة واسلوب التاتاة. فعندما يتحدثون مع المؤلف/ الباحث في المكتب خلال الجلسات العيادية السلوكية. يبدو اضطرابهم اخف وابسط وكلامهم مفهوماً ومنساباً لدرجة ملحوظة، تختلف في حدّتها كثيراً احياناً عما يلاحظ عليهم اثناء المحاضرة الجامعية او مع مجموعة من الاقران لديهم.

نظريات اضطراب التأتأة

يوجد عدة نظريات لتفسير مؤشرات واسباب التأتأة منها العينة التالية :

أ- **نظريات التوقع والكفاح السلوكي**, التي يعتقد بها عضو الأسرة ان الكلام عملية صعبة وتؤدي به للفشل. يتفرع عن النظرية الحالية, ثلاث أخرى هى :

1-نظرية فشل الاتصال. تبدأ التأتأة بهذه النظرية كاستجابة للضيق في الكلام الذي يعيشه عضو الأسرة نتيجة فشل الاتصال بالاخرين.

2-نظرية التشخيص الوراثي. ان سوء تشخيص التغيرات اللغوية العادية لدى عضو الأسرة والتعامل معها بالنتيجة على انها اضطراب تأتأة , يحّول فيه تدريجياً هذه التغيرات الكلامية العادية الى اضطرابات التأتأة الحالية.

3-نظرية التأتأة الأساسية. تبدأ التأتأة بتردد عضو الأسرة في الكلام وتكراره لبعض الحروف والمفردات بصفة عادية غير مقصودة،، ثم تتطور هذه الأعراض عندما يبدأ عضو الأسرة في توقع او تجنب او الخوف من الكلام،، ومواقف الحديث مع الاخرين بسبب ردود الفعل التي يلاحظها من المستمعين.

ب- نظريات الانهيار Breakdown theory

يمتلك عضو الأسرة هنا استعداداً للتأتأة، بسبب الضغوط النفس اجتماعية والبيئية التي يواجهها. يتفرع عن النظرية الحالية ثلاث اخرى هى :

1-نظرية التحكم العصبي. وهنا عندما يأخذ جانب من الدماغ (ايسر أو ايمن) وظيفة الاخر للكلام والانشطة الحركية، فإن هذه التغيرات تؤدي الى تقطع في انسياب النبضات العصبية المرسلة الى العضلات الخاصة بالكلام في المجاري التنفسية والفم، ظاهراً ذلك على شكل تأتأة.

2-نظرية الضغوط البيئية والكيموحيوية. ان التأتأة هنا هى عرض اضطرابي سلوكي يظهر نتيجة حالة داخلية سلبية لعضو الأسرة مثل: المرض او الضغوط الانفعالية والبيئية، وكذلك نتيجة عدم التوازن الكيموحيوي في السيالات العصبية الدماغية.

3-نظرية المثابرة في التأتأة. يمتلك عضو الأسرة المصاب بإضطراب التأتأة، استعداداً عضوياً للمثابرة الحسية والحركية المرتبطة بالتأتأة.

ج- نظرية القدرات الفردية والمطالب البيئية. تنص هذه النظرية على أن عدم توافق قدرات عضو الأسرة مع متطلبات البيئة للاتصال اللغوي، يؤدي إلى تعثر الكلام بالتأتأة.

د- نظريات التعلم. تعيد هذه النظرية اضطراب التأتأة إلى عمليات تعلم خبرها عضو الأسرة, من أمثلة هذه النظرية ما يلي:

1- نظرية الإقبال والتجنب. تنتج التأتأة من نزاعات في دوافع عضو الأسرة للكلام وعدم الكلام , مؤديا ذلك إلى ارتباكه وتطور اضطراب التأتأة لديه.

2- نظرية الاقتران المشروط. ترى هذه النظرية التأتأة على أنها تشوش لاإرادي في الكلام نتيجة استجابات انفعالية سلبية اعتاد عليها عضو الأسرة. ان الهرب والتجنب هى استجابات يبديها في التعامل مع الخبرات المسيئة.

3- نظرية التجنب الفعال. ان التأتأة حسب هذه النظرية هى استجابة مقصودة يبديها عضو الأسرة من خلال التوقع والتكيف للموقف الذي يبعث فيه الحرج نتيجة التعثرات اللغوية العادية التي يرتكبها. ان محاولة عضو الأسرة تجنب هذه التعثرات اللغوية، يؤدي إلى استفحالها بصيغة الت أة أت.

4- نظرية السلوك الفعال تؤكد هذه النظرية على أن الكلام هو نتيجة معززات إيجابية وسلبية من الأسرة والأقران والمرسة، مما يشير إلى أن أسباب التأتأة هى متعددة بحسب تنوع معززات المواقف الإجتماعية للكلام.

5- نظرية الحاجة المكبوتة. تفيد هذه النظرية أن السلوك العصابي الذي يُحرَم به عضو الأسرة من حاجات نفسية أساسية, يؤدي إلى سلوكيات اضطرابية متعددة.. منها اضطراب التأتأة.

أسباب إضطراب التأتأة لدى الأبناء

توجد أسباب عدة لاضطراب التاتاة. فهنلك ظروف ومثيرات مختلفة وراء تطور الاضطراب الحالي لدى الناشئة.. وعندما لا تقوى دفاعات عضو الأسرة النفسية والعصبية على مقاومة هذه الظروف والمثيرات، يختل توقيت حركات عضلات الكلام وتتشوش التغذية الراجعة السمعية، وتنحرف وظائف الدماغ اللغوية عن مواقعها العصبية العادية (بتحول وظيفة اللغة والكلام من الجانب الايسر الى نظيره الايمن).. مؤدياً كل ذلك الى اضطراب كلامه بالتاتاة. وفيما يلي بعض التوضيح.

أ- تغير وظائف الدماغ اللغوية.

لقد لوحظ عيادياً في هذا الاطار عند تصوير الانشطة العصبية المختلفة بالدماغ، ظهور تحولات عصبية في عمل الجانب الايسر من الدماغ المختص في العادة باللغة والكلام، الى الجانب الايمن المختص بدوره بالتصور والفنون والجماليات.

ب- الظروف الأسرية والمدرسية للطفل:

تفيد الدراسات بأن الأسر والغرف الدراسية التي تنظر الى بعض التعثر والتكرار في كلام الأبناء/ التلاميذ ظاهرة عابرة او عادية، لا يعيرون لذلك اهتماما، فيدعونها تمرّ دون أخذ ورد كبيرين.. إن هؤلاء الأطفال يمضون قُدُماً في تطوراتهم اللغوية عادياً دون خوف او تردد.

وبالمقابل اذا اثارت الاسرة او المعلمون ضجة كبيرة عند عدم طلاقة الابناء/ التلاميذ في كلامهم.. فإن هؤلاء يبدأون بالتركيز على كلامهم مع شعور بعدم الثقة في قدراتهم على هذا الكلام. متطوراً لديهم بذلك اضطراب التأتأة الحالي.

وفي مواقف اسرية ومدرسية اخرى, يواجه الطفل ضغوطاً على الكلام المحكم او المتقن كما يفعل الكبار،، وقبل ان تتطور لديه مهارة الحديث كما يقضي عمره وخبراته ونضجه اللغوي، فإن اضطراب التأتأة يجد اليات خصبة للبدء والإستفحال..

اما الاسر المضطربة في مناشطتها وتفاعلاتها اليومية بالنزاعات والشجار، او بالانضباط السلوكي المتزمت, او التسيّب وعدم الانضباط المفرط او التناقض في الحديث والسلوك والمواقف.. فإنها تُنمّي لدى الابناء الشعور بعدم الامان والتشوش وعدم الاستقرار النفسي عموما،، منعكسا ذلك على شكل اضطرابات كلامية بالتأتأة.

ج- اصرار الاسرة او الطفل على الكمال اللغوي : يؤدي الضغط الخارجي من الاسرة، او الداخلي من الطفل على نفسه للتمكن من اللغة وتحصيل مهارات لغوية متقنة، إلى ارتباكه النفسي وتعثر كلامه والتأتأة بوجه عام.

مؤشرات تحذيرية لاضطراب التاتاة لدى الأبناء

تتصف التاتاة بمؤشرات نفس سلوكية اهمها ما يلي :

1- تكرار ما يلي:

*الاصوات مثل : ب-ب-ب با

*مقاطع الكلمات مثل : با-با-بابا

*اجزاء الكلمات مثل : تلي-تلي-تليفون

*كلمات كاملة مثل : اس-اس-اسرة

*جمل او اشباه جمل مثل : هل صحتك -هل صحتك-هل صحتك جيدة الآن؟

2 - التطويل ويحدث بمط الحرف الأول لبعض الوقت مثل: مثل ببب بابا، أ أ أ أ

3- وقفات من الصمت يبدأ عضو الأسرة بحرف أول ثم يقف لمدة وكأنه لا يستطيع الكلام، ثم يكمل الكلمة أو الجملة. مثل ك...يف حالك؟

4- التوقف ثم رفع الصوت عاليا. يكرر عضو الأسرة أو يؤخر لفظ أصوات أو كلمات،حيث يقف ثم يرفع صوته بالتناوب خلال الحديث مع الآخرين.

5- الاخلالات اللفظية من خلال تعثر اللسان او الشفاة اثناء مط او تكرار عضو الأسرة للاصوات.

6- تجنب الحديث بالتوقف كثيراً عن الكلام.

7- الخوف خلال الحديث عند كلمة صعبة اللفظ عليه، يبدو عليه الخوف وينزعج قائلا: آسف، لا استطيع لفظها.. الكلمات لا تخرج من فمي!؟

8- التنفس غير المنتظم خلال الكلام. يلاحظ هنا تقطع صوت عضو الأسرة خلال الكلام على شكل قفزات صعوداً ونزولاً نتيجة الكفاح او المحاولات الضاغطة للتحكم في انسياب الهواء خلال التنفس والحديث والاصوات الحروف والكلمات اثناء ذلك.

9- الشعور بالحرج. ان احساس عضو الأسرة بعدم القدرة على الكلام العادي مع الآخرين واخراج الأصوات والكلمات على طلاقتها، يشعره بالعار أو الدونية، حيث يميل بالنتيجة الى تجنب الحديث بالكامل أحيانا. فيلاحظ عليه الطلب من جواره الرد على الهاتف أو الباب أو على سؤال الغير،، أو التجوّل والنظر طويلاً للأشياء قبل شرائها بدل سؤال موظف أو عامل المبيعات عما يحتاجه منها.

10- اللوازم الحركية كوسائل للتغلب على أو الخروج من التأتأة مثل رفرفة العين أو حركة الرأس جانباً أو ضرب القدم بالأرض، أو حركة الأنف والشفاه الى أعلى وأسفل أو اهتزاز الكتف.

التوجيه الاسري للتغلب على مشكلة التأتأة لدى الابناء

هناك عدد من الطرق العلاجية لاضطراب التأتأة، نوضح للاسرة أمثلة بما يلي:

1. طريقة تربوية أولية للتخفيف من التأتأة. إن الطفل المضطرب بالتأتأة لا يختلف عن الأفراد العاديين في شيء سوى صعوبة الكلام. إن ما يحتاجه الطفل مبدئياً هنا هو تفهم صعوباته من الأسرة والأصدقاء أو الأقران والمعلمين،، ثم الصبر في التعامل معه. يمكن للأسرة والمعلمين مراعاة المبادئ العملية التالية.

- استمع بانتباه لما يقوله الطفل (أو عضو الأسرة) اكثر من كيف يقول.
- استعمل جملاً قصيرة وبسيطة عند التحدث مع الطفل (أو عضو الأسرة). إن الحديث معه بجمل وعبارات طويلة او بليغة يصعب عليه فهمها أو تقليدها.. الأمر الذي يُقلق عضو الأسرة ويشعره بالخوف او الحرج.. وتبدأ مع ذلك تعثراته الكلامية وصولاً في النهاية لإضطراب التأتأة.
- تكلم ببطء ووضوح عند الحديث مع الطفل (أو عضو الأسرة). يوفر هذا نموذجاً بناء له للتخاطب بنجاح مع الاخرين.
- وفر بعض الوقت (وقفات قصيرة) لسماع الطفل (أو عضو الأسرة) للاستجابة والكلام بطلاقة اكثر مما قد يحدث عن السرعة والإلحاح أحياناً.
- كرّر المواقف التي يبدو فيها الطفل (أو عضو الأسرة) متحدثاً بطلاقة اكثر، لتعزيز وبناء ثقته بنفسه، وقلّل بالمقابل مواقف أخرى متسرعة او غريبة او ضاغطة او غامضة.
- قلّل كلما أمكن من الأسئلة الموجهة للطفل (أو عضو الأسرة)، للتخفيف من قلقة وتوفير وقت اكثر للتفكير والإجابة بكلام واضح ومفهوم.

- وفّر للطفل (أو عضو الأسرة) روتيناً يومياً معروفاً، قلّل كلما أمكن من المفاجآت والأنشطة الطارئة او الغامضة، ليساعد ذلك على استقراره النفسي والكلام بطلاقة اكثر.
- وفّر للطفل (أو عضو الأسرة) بيئة مستقرة وصحية في عادات غذائها ونومها ويومها.
- راقب تعبيرات الضيق الانفعالية واليأس الذى قد يصيب الطفل، وحاول ما استطعت إخراج الطفل (أو عضو الأسرة) من المواقف التي تلاحظ فيها مثل هذه التعبيرات الاضطرابية.
- حضّر الطفل (أو عضو الأسرة) نفسياً للحوداث والفعاليات الخاصة او العامة التي ستحدث لاحقاً لتقليل الغموض والقلق والحيرة لديه.
- شجّع الطفل للكلام في الأسرة والمدرسة باستمرار، ولكن دون إجباره على ذلك.
- تصرّف عادياً مع الطفل (أو عضو الأسرة) في حال اضطرابه بالتأتأة.
- تجنّب تصحيح او نقد الطفل (أو عضو الأسرة) عن التأتأة بالقول: تمهّل قليلاً، استرخ، لا تقلق، فكر اكثر او فكر قبل الكلام، خذ نفساً عميقاً ثم تكلم.. لأن مثل هذه التعليقات تُشعره بعجزه عن الكلام والحرج اكثر وتزيد حالته سوءاً.
- تجنّب تكملة الكلمة او الجملة عن الطفل (أو عضو الأسرة) بغرض مساعدته. إن مثل هذا السلوك قد يقلل من قيمته او قدرته.. كما قد تكون أيضاً إجابتك خطأ مما يجعل الكلام لديه أصعب.
- تجنّب تعريض الطفل (أو عضو الأسرة) لمواقف تَظهر فيه صعوبات الكلام واضحة ومحرجة له, لأن ذلك يضع ضغوطاً شديدة عليه ويزيد من تعثّر كلامه اكثر من المعتاد.
- تجنّب مقاطعة الطفل أثناء الكلام. أعطه مزيداً من الوقت لتوصيل أفكاره والتعبير بثقة وعقلانية عنها، كما تُشعره بأنك تصغي جيداً لما يقول.
- تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) تكرار ما بدأ به من الكلام.

- تجنّب النظر جانباً بعيداً عن الطفل (أو عضو الأسرة)، لان ذلك يُحرجه ويُشعره بعجزه اكثر.. تمهّل كالمعتاد وانتظر بصبر حتى يُنهي كلامه.
- تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) التدرب على الكلمة او الكلام الذى يلفظه، لكون ذلك قد يُذكرّه اكثر بتعثره اللفظي، خاصة إذا كان الأمر لديه عابراً او خفيفاً.
- تجنّب تحية او دعوة الطفل (أو عضو الأسرة) بألقاب مثل: صاحب التأتأة أو الشخص الذي يتأتأ أو المتأتأ!
- تجنّب حماية الطفل (أو عضو الأسرة) بالتورية على اضطراب التأتأة لديه بالقول انه شخص عادي. أو لا ضير عليه من ذلك. واجهه باهتمام حول صعوباته ودون تسميعه أيضا بأن التأتأة هي مشكلة عويصة أو عادة سيئة.
- تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) إستبدال الكلمات السهلة بأخرى صعبة لكون ذلك قد يزيد من اضطرابه.
- تجنّب السماح لاقران او اخوة او أصدقاء الطفل (أو عضو الأسرة) تعييره او إثارته بموضوع التأتأة.. حيث يؤدي الى استفحال الاضطراب لديه وإلى تجنّب الاجتماع بالآخرين سعياً لعدم الإحراج.
- تذكّر أن الحديث هاتفياً مع الطفل (أو عضو الأسرة) يبدو أحياناً صعباً، فتحلي بالصبر والتفهم دائماً.

2- طريقة تعديل التأتأة. تهدف الطريقة الحالية إلى الحدّ من الضيق النفسي وتنمية طلاقة الكلام. وتتم بخطوات فرعية مبسطة هي :

- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) إلغاء الكلمة التي يتأتأ بها، وذلك بتكرارها فوراً ولفظها بطلاقة.
- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) إكمال الكلمة التي يتأتأ بها والاستمرار في لفظها بسلاسة حتى النهاية، يمارس عضو الأسرة هنا ضبطاً مباشراً على الكلام خلال لحظة التأتأة.
- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) تغيير كلمة التأتأة قبل لفظها، وذلك بتحضير كيفية ومحتوى ما يقول عند الكلام. يضطرب الطفل (أو عضو

الأسرة) وتتشوش حركات الشفاة واللسان ويبدأ بالتأتأة. أما عند التحضير، يبدأ الطفل (أو عضو الأسرة) بالكلام بقليل من الضيق وببطء مفيد لطلاقة لفظيه.

- التغذية الراجعة السمعية المتأخرة. إن استماع عضو الأسرة لصوته خلال الكلام يشكل وسيلة هامة لضبط هذا الكلام خلال الحديث مع الآخرين. ومن هنا، تتم الطريقة العلاجية الحالية بميكروفون موصل بوحدة تغذية راجعة سمعية تعيد بدورها الكلام لعضو الأسرة خلال سماعات أذنيه. تبدو هذه العملية وكأن عضو الأسرة يسمع صدى صوته خلال الحديث. يميل عضو الأسرة تلقائياً إلى الإبطاء في الكلام وزيادة درجة الصوت اكثر. يؤدى ذلك ولاسباب غير معروفه (كما تفيد الدراسات) بعضو الأسرة المضطرب بالتأتأة، إلى تحسين طلاقته اللغوية لدرجة كبيرة.

3- طريقة الإجراءات السلوكية الفعالة. بهذه الطريقة نعلم الطفل أو عضو الأسرة سلوكاً صغيراً بعد آخر حتى نهاية مهارة الكلام المطلوبة.. وإذا أخذنا الكلمات التي يتتأتأ بها الطفل أو عضو الأسرة ثم علمناه لفظ كلمة بعد أخرى.. فإن لغته تبدأ بالتحسن تدريجياً، وثقته بالقدرة على الكلام تتعزز مع تدفق المعززات المكافأة لكلامه الصحيح في كل مرة.

والمبدأ الهام الذي يراعيه المعالج لاضطراب الكلام هو: ضرورة إتقان الطفل أو عضو الأسرة لكل سلوك أو خطوة سلوكية أو مقطع من كلمة أو كلمة قبل الانتقال إلى أخرى تالية ثم تعزيزهما المناسب خلال ذلك (أنظر أنواع وجداول التعزيز في كتابنا: تعديل سلوك التلاميذ. نشر دار التربية الحديثة)

4- طريقة الإقدام السلس على الكلام. تركز هذه الطريقة على تنسيق التنفس والصوت وحركات الكلام الأخرى معاً، لبدء الحديث بكلمة او جملة. تعتمد الطريقة الحالية على التحكم بالتوقيت المناسب وحركات الأحبال الصوتية.. يتعلم الطفل أو عضو الأسرة التحكم في انسياب الهواء في الفم والحنجرة بتنسيق عمل الشفاه و اللسان والأسنان وسقف الحلق معاً خلال الكلام.

*****

تأخر الكلام لدى الابناء الأطفال

مقدمة

"الطفل الفصيح منذ الولادة يصيح" ,أي يتكلم. فالطفل الذي يصرخ عند الولادة ثم بعد عدة أيام، يبدأ بالابتسام والبكاء عند البلل أو الجوع.. ومع مرور شهر أو أكثر قليلاً، يبدأ عند شعوره بالارتياح بحركات فرحة لليدين والرجلين والمناغاة الصوتية.. والنظر الواعي عند مشاهدة الام أو أحد أعضاء الأسرة أو سماعهم. إن كل وسائل الاتصال هذه هي في الواقع صيغ من اللغة التي تفهمها الأسرة، وتستجيب للطفل حسب متطلبات الحالة الملاحظة لديه: إطعامه أو العناية بنظافته, أو أخذه للحضن وضمه، أو الابتسامة له والهدهدة عليه.

وخلال التطورات اللغوية أعلاه للطفل، تبدو الأسرة فرحة به وفخورة به أمام الأقارب والزائرين.. وتُعزّز فيه كل صوت أو حرف أو حركة.. مؤدياً ذلك إلى نمو اللغة لدى الطفل وتراكم حروفها وكلماتها، لتتفجّر مع عمر ثلاث أو أربع سنوات إلى لغة عادية يتبناها الطفل بطلاقة في التفاعل اليومي مع الأسرة والأقران والأقارب والناس في البيئة المحلية.. وبالأهم في التعلم في مدرسته الأولى: روضة الأطفال.

ولكن قلق الأسرة على لغة الطفل, يبدأ عند ملاحظتها تأخر تطور هذه اللغة لديه بدءاً بالأصوات والحروف والكلمات المتفرقة وانتهاء باللغة المفهومة مبدئياً (نسبياً) مع عمر سنتين، ثم مع بدء اللغة اليومية العادية مع عمر ثلاث سنوات. إن الأسرة بما يتوفر لها من خبرات في الطفولة وتطور الطفل للأبناء, وبمعرفتها بالتطورات اللغوية الممكنة للابن أو الابنة بالمقارنة بما يلاحظ لدى الأقران في سنهّما.. هي أولى الجهات القادرة على تمييز العثرات أو الصعوبات اللغوية لدى الأبناء الأطفال. فنسمع الأسرة في هذا الإطار عند السؤال عن الطفل بأنه: لايتحدث , لم يتكلم بعد, أو لا يزال أخرساً! أو تأخر في الكلام بخلاف أخوته الذين بدأوا اللغة بعمر كذا.

وتأخر الكلام لدى الطفل ليس نادراً أو غريباً على الأسرة العربية والأجنبية بحد سواء. فهناك على سبيل المثال ما نسبته 5-10% من الأطفال الأمريكيين يعانون من إعاقة في تطورهم الشخصي الذي يسبب بدوره إعاقة تطور اللغة والكلام لديهم.

وتنعكس اضطرابات تطور اللغة والكلام سلبياً على الصيغ اللغوية الأخرى لدى الطفل.. كاللغة الإشارية (الحركية) والكتابة ومهارات البصر اللغوي مثل: الإشارة لكلمة أو موضوع محددّين، أو النظر المركز إلى المتحدث، أو التعبير بحركات بصرية للعينين لتوصيل أو/ ودعم رسالة لغوية معينة, أو تمييز الأشخاص والأشياء، والاستجابة لتعبيرات الوجه من الآخرين، واتباع تعليماتهم أو رغباتهم.

واللغة وتطورها هما عناصر هامة لنمو الطفل في المجالات الشخصية الأخرى : الجسمية والإدراكية والحركية والاجتماعية والانفعالية. فاللغة السوية الغنية، هي في الواقع مؤشر لصحة أعضاء الجسم والإدراك والتعبيرات والسلوكيات الحركية والاجتماعية والعاطفية الانفعالية.

أما عند خلل أو تأخر اللغة، فيشير ذلك إلى إعاقات سمعية وأعطال في الأذن أو البصر, أو عطب في الخلايا الدماغية المتخصصة باللغة عموماً والكلام بوجه خاص, أو معاناة الطفل من اضطراب التوحّد، أو اضطراب عجز الانتباه،، أو غيرها مما قد تشير إليه الاختبارات والتحليلات التشخيصية العيادية لأسباب تأخر الكلام لدى الطفل.

أسباب عامة لتأخر الكلام لدى الأبناءالأطفال

إن أهم الأسباب الرئيسية لتأخر الكلام لدى الأطفال هي:

1- مشاكل السمع. وهي أهم العوامل المسببة لتأخر تطور اللغة والقدرة على الكلام لدى الأطفال.

2- الإعاقات العقلية في بنية الدماغ الإنساني وخلاياه وعمله العصبي.

3- اضطرابات في الشخصية والتطور الشخصي، وأهمها اضطراب التوحّد الذي يعزل الطفل هائماً بصمت في أفكاره وتخيلاته دون كلام أو حركة.

فحيثما تلاحظ الأسرة أو مختص علاج الكلام The Pathalogist واحداً أو أكثر من الأسباب أعلاه لدى الطفل, فيتوقع معاناته من مشكلة تأخر الكلام.. ومن ثمّ مبادرة الأسرة بالعلاج العيادي المطلوب.

تشخيص مشكلة تأخر الكلام لدى الأبناءالأطفال

تبحث الأسرة مع مختص علاج الكلام ناحيتين رئيستين مرتبطتين مباشرة بمشكلة تأخر الكلام هما: عجز الطفل في العمر المحدّد عن أداء الكلام المقرر للأطفال في سنّه، ثم عجز أو ضعف السمع لديهم. وفي مجال السمع, يُجري طبيب الأسرة أو الطبيب المختص أو مختص علاج الكلام أو جميعاً كفريق عيادي :

1- فحوصات شاملة لأجزاء الأذن وتقرير سلامتها من أي التهابات أو أعطال بيولوجية أو عصبية.

2- اختبار الاستجابة السمعية للعصبة الدماغية (A; B; R).

أما الأسرة ومختص علاج الكلام, فيتحققان معاً من كفاية قيام الطفل بأنواع الكلام المقررة لأقرانه في سنه, والحكم بالنتيجة على مدى تأخر الكلام لديه.. أم أن الأمر مجرد وَهْم من الأسرة, أو تأخر عرضي مؤقت بسبب ظروف بيئية أحياناً أو انفعالية يعيشها الطفل أحياناً أخرى.

إن أداة تشخيصية مبسطة لأنواع الكلام التي يؤديها الطفل في أعماره المتتابعة حتى عمر أربع سنوات تبدو في القائمة المرافقة.

أداة مبسطة لتشخيص كلام الطفل حتى عمر أربع سنوات :

- ❖ إدارة الرأس لليمين أو اليسار عند سماع صوت محددّ, خلال الأيام الأولى من الولادة.
- ❖ الابتسام العفوي للأم أو الأب أو الأخوة مع نهاية الشهر الأول من عمر الطفل.

- تمييز وجه الأم أو الأب مع عمر شهرين.
- تقليد أو تكرار أصوات الكلام خلال عمر 3-6 أشهر.
- القيام بمناغاة صوتية خلال عمر 4-8 أشهر.
- لفظ أصوات منفصلة لحروف مثل با , ما , غا,.
- لفظ أصوات متكررة مثل با با با با, ماماماماما, غاغاغاغاغا, خلال عمر 5-9 أشهر.
- لفظ كلمات منفردة محدودة مثل : بابا, ماما, لا, آآ , بعمر 6-10 أشهر.
- فهم التعليمات أو السؤال أو طلب شيء واحد مع الإشارة باليد إليه مثل : هات، كأس , بعمر 6-9 أشهر.
- فهم التعليمات أو السؤال أو طلب شئ واحد بدون إشارة حركية باليد , بعمر 7-11 شهراً.
- استعمال كلمة بابا و ماما للدلالة فعلياً على الأب والأم بعمر7-12شهراً.
- لفظ أول كلمة بجانب ماما و بابا بعمر 9-14شهراً.
- الإشارة باليد للشيء أو الموضوع الذي يريده بعمر 10- 15 شهراً.
- لفظ 4-6 كلمات بجانب بابا وماما بعمر 11-20 شهراً.
- فهم التعليمات، أو طلب شئ بخطوتين سلوكيتين بدون إشارة حركية مساعدة بعمر 14-21 شهراً.
- التعبير عن حاجتين يريدهما مثل : عصير..كمان (أو أكثر) ,موزة، أخرى بعمر 16-20 شهراً.
- الإشارة لعضو أو أكثر في الجسم بعمر 14-18 شهراً.
- الإشارة إلى أكثر من ستة أعضاء في الجسم بعمر 22 شهراً.
- استعمال جمل بكلمتين معاً (على شكل أشباه جمل) مثل :بابا باب (أي خرج الأب) , عصير أكثر ,بعمر 18-22 شهراً.

- استعمال أو لفظ أكثر من خمسين كلمة بعمر 16-24 شهراً.
- لفظ الضمائر مع بعض الأخطاء مثل : هو, أنا , أنت , بعمر 19-26 شهراً.
- لفظ الضمائر صحيحاً بدون أخطاء في استعمالاتها بمواقف الكلام بعمر 30 شهراً.
- نصف كلام الطفل يصبح مفهوماً من الآخرين بعمر 30 شهراً.
- تسمية 4 صور على الأقل تقدم للطفل بعمر 24 –32 شهراً.
- الحديث بجملتين إلى ثلاث جمل بسيطة معاً بعمر 26 –32 شهراً.
- فهم تعليمات بعمل سلوك أو شئ يتطلب وضعين، مثل ضع الكأس على الطاولة, أو ضع الكتاب على الرف بعمر 27 –34 شهراً
- تسمية واستعمال شيئين على الأقل في آن واحد بعمر 29-34 شهراً.
- تسمية لون واحد على الأقل بعمر 30 –39 شهراً.
- تسمية أربع ألوان على الأقل بعمر 36 –40 شهراً.
- كلام الطفل يصبح مفهوماً من قبل الغرباء بنسبة 75% على الأقل بعمر ثلاث سنوات.
- لفظ واستعمال الطفل لحوالي (250) كلمة بعمر ثلاث سنوات.
- كلام الطفل يصبح مفهوماً للغرباء بالكامل بعمر أربع سنوات.
- لفظ واستعمال الطفل لحوالي (600) كلمة بعمر أربع سنوات.

إذا تبيّن للأسرة أو/ ومختص علاج الكلام أن الطفل سليم السمع عموماً، ولا يعاني من اضطرابات التوحّد أو عجز الانتباه, واستطاع بوجه عام إنجاز ما نسبته 75 % فأعلى من المهارات الكلامية بالأداة , فإن قدرته على الكلام هي عادية.. ولا توجب قلق الأسرة. أما إذا لوحظ على الطفل درجة أقل من 75 % في إنجازه الكلامي ورافق ذلك ضعفاً أو مشاكل في الأذن أو / والسمع أو

المعاناة من اضطراب نفسي مثل التوحد, فان الأسرة ومختص علاج الكلام يبدأن رحلة علاج.. قد تكون طويلة أو صعبة ولكنها ممكنة عموماً.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة تأخر الكلام لدى الأبناءالأطفال

يمكن للأسرة تحسين أو تسريع قدرة الكلام لدى الابن أو الابنة, بمراعاة ما يلي :

1- القراءة على مسمع الطفل لكتب مصورة بوجه خاص، حيث الإشارة إلى الصور وتسميتها من الأسرة والطفل على شكل ألعاب أو فوازير.

2- استعمال لغة مبسطة في الحديث مع الطفل وسؤاله أكثر من مجرد الكلام معه.

3- وصف ما تقوم به من أعمال أو مسؤوليات على مسمع ومشاهدة الطفل.

4- التعزيز الإيجابي للطفل عند الحديث والكلام.

5- تكرار وزيادة ما يتكلم أو يتحدث به الطفل من مفردات أو أشباه جمل، بتكملتها أو وضعها في جمل أو أشباه جمل أطول وأكثر فهماً من الآخرين.. وممارسة الصبر في الحديث مع الطفل، ومنحه الفرصة والوقت للتعبير عن نفسه دائماً وعدم تسريعه أو إرباكه للكلام بسرعة أعلى.

6- تجنّب إجبار الطفل على الكلام باحتفاظ الأسرة بشيء يريده حتى يستطيع السؤال عنه. يمكن بدل ذلك, عند رغبة الطفل بشيء, سؤاله: هل تريد كذا؟ ثم إعطاؤه له بدون تعليق على كلامه أو عدم كفاية الكلام لديه.. وإشعاره بالحرج أو الدونية نتيجة ذلك.

7- تحويل الطفل لطبيب الأذن أو طبيب الأسرة ثم لمختص علاج الكلام،، عند استفحال مشكلة تأخر الكلام لديه، ومرافقتها لأعراض صحية جسمية, أو سمعية إدراكية, لإجراء التحليلات اللازمة والعلاج المناسب لحالته.

*****

رفض الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى

مقدمة

تعاني الأسرة أحياناً من الميول المزاجية المتقلبة لدى الأطفال الأبناء، خاصة بعمر قبل المدرسة (من سنة إلى ست سنوات)ثم بعدئذ خلال الطفولتين المتوسطة والمتأخرة.. مروراً بمرحلة الشباب اليافع (المراهقة)حتى سن الرشد. يرفض الأبناء بهذه الميول المتقلبة أنواعاً من الطعام أو الشراب ويقبلون أخرى, ثم يُغيّرون رأيهم بعدئذ بقبول المرفوض والامتناع عما فضلوه سابقاً..

أما الحالة الملاحظة عموماً في المشكلة النفس السلوكية الحالية للأبناء، فهي رفضهم أطعمة بصفة متواصلة مثل : اللحوم (على شكل قطع أحياناً ولكنهم يأخذون منها بنهم الأقراص المقلية: الهامبرغرغ مثلاً), وتفضيلهم أخرى حتى لو اقتضى بهم الأمر تناولها على مدى الوجبات اليومية الثلاث.

وتبدأ مشكلة رفض الأبناء لأنواع الأطعمة غالباً عند تقديمها أول مرة.. وهنا, إذا أخذت الأسرة الموضوع عادياً بدون إجبارهم على أخذها, انتظاراً لمناسبة قريبة تعطيها لهم بحالة نفسية وظروف أسرية مختلفة نسبياً, فإن الأبناء قد ينسون رفضهم السابق، أو يغيرون رأيهم ويتناولون الطعام عادياً حيناً أو بتردد خجول في حين آخر.. وتمرّ المشكلة السلوكية بسلام.

أما إذا أجبرت الأسرة الأبناء على تناول طعام محدد, فيتحوّل الأمر إلى قضية عناد وتحدي من الابن أو الابنة.. يؤكدان بهما رغبتهما في الاستقلال وقدرتهما على البقاء والحياة.. خاصة إذا وجدوا بدائل غذائية مفضلّة لديهما بواسطة الأسرة نفسها عند الإصرار في العناد والرفض, أو بنفسيهما بالذهاب إلى المطبخ وتناول ما قد يجداه جاهزاً لسدّ شعورهما بالجوع.

ورفض الأبناء لأنواع الأطعمة أول مرة تقدم لهم, ليس نابعاً بالمطلق من مزاجهم المتقلب, لأنهم يميلون إلى قبولها غالباً في المرات أو الوجبات التالية..

ولكن رفضهم كما يبدو في الواقع ينبع من ألوانها أو روائحها أومذاقها غالباً ثم من ملمسها أو طبيعة بنيتها (الرخوة أو السائلة أو الكثيفة أحياناً).

وتفيد البحوث الميدانية عموماً، أن تفضيل أنواع محددة من الطعام ورفض أخرى هي عادات يتعلمها الأبناء من البيئة, سواء كانت أسرة أو مجموعات الأقران , أو مواقف أسرية مع الأقرباء والمعارف والأصدقاء. كما هذه البحوث تفيد أن مثابرة الأسرة في تقديم أنواع الأطعمة, دون عنف أو إجبار أو أوامر للأبناء بطبيعة الحال, فإنهم (أي الأبناء) يعتادون عليها بدون احتمال واضح للرفض أو المقاومة أحياناً. لقد قدمت البحوث التجريبية لأنواع الطعام وقبول أو رفض الأبناء لها , الخلاصات الاستنتاجية التالية:

- إن أكثر من 80 % من الحالات، كان هناك ارتباط إيجابي عال بين ما يفضله الأبناء من أطعمة وما تفضله الأسرة منها.
- إن أنواع الطعام التي لا تفضلها الأم, تتحاشى في الغالب تحضيرها أو/ وتقديمها للأسرة (ومن هنا ليس غريباً في واقع الأمر عدم ميل الأطفال الأبناء إلى هذه الأطعمة ورفضها أحياناً أخرى).
- إنه لا يوجد نوع واحد من الطعام تمّ تجريبه في الدراسات الميدانية وجرى رفضه أكثر من نسبة 50%. أي أن رفض أنواع الطعام بينما يشكل ظاهرة سلبية يجب التغلب عليها , لكنها ليست مطلقة ومستعصية أولا يمكن التغلب عليها.. بل العكس , وكما هو الحال مع أي عادة إنسانية , نؤكد أن ما يتعلمه الأبناء خطأ من عادات بيئية ,يمكن علاجها ومحوها من خارطة تصرفاتهم السلوكية.. قد يحتاج الأمر جهداً ووقتاً وصبراً ومتابعة.. ولكن النتائج العيادية التصحيحية تبدو دائماً ممكنة وأكيدة.

وعلى العموم, يتوقع من الأسرة عدم القلق على الأبناء الذين يمتنعون عن تناول أطعمة، ويفضلون غيرها أقل قيمة غذائية أحياناً، طالما لاحظت عليهم نمواً وصحة جسمية عادية. لأنهم إذا لم يتناولوا اللحوم على سبيل المثال , فإن أطعمتهم الأخرى مثل: الأجبان والألبان والحليب والبيض والتونة المعلّبة

والبقوليات عموماً, تفي عموماً بتعويض البروتين اللازم للجسم والذي يفتقدونه بامتناعهم عن اللحوم الحمراء أو/ والبيضاء.

كما أن الأبناء إذا تناولوا عادياً وجبتين يومياً مثل : الإفطار والغداء.. وامتنعوا عن العشاء, فإن هذا يكفي من حيث المبدأ حاجتهم الصحية الجسمية, لكون الاستهلاك اليومي من الغذاء المناسب لهم أقل عموماً مما يتوجب لدى الكبار بأنشطتهم وأعمالهم اليومية المُجهدة أحياناً. ناهيك عن إمكانية دعم الأسرة غذائياً للأطفال في مثل هذه الحالات, بإعطائهم أنواعاً محددة (من الطبيب غالباً) للفيتامينات الجاهزة صيدلانياً, للتأكد من حصول أجسامهم على المواد الضرورية لصيانة وبناء خلاياهم.

أسباب عامة لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة و تفضيل أخرى

حتى تبدو الصورة واضحة أكثر للأسرة عما تعانيه من الأبناء نتيجة مشكلة كراهيتهم لأطعمة وتفضيل أخرى ,نقدم مجموعتين من الأسباب أو العوامل لهذه المشكلة : بيئية اجتماعية ثم بيولوجية وراثية.

أسباب بيئية اجتماعية لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة وتفضيل أخرى

تتلخص هذه الأسباب في المجموعة التالية :

1- كون الأطعمة المقدمة للأبناء جديدة عليهم يشاهدونها ويتذوقونها أول مرة. فقد أشارت بحوث ميدانية في هذا الإطار أن الأطفال يبدون خوافين من تناول الأطعمة الجديدة عليهم.. وأنه كلما ثابرت الأسرة على تقديم هذه الأطعمة للأبناء , يميلون بالنتيجة إلى الاعتياد عليها وقبولها.

2- منظر أو شكل وألوان ورائحة ومذاق وبنية أو خامة الأطعمة تثير في الأبناء الشعور برفضها والامتناع عن تناولها، أو قبولها والتهامها بالمقابل.. وعلى العموم يفضل معظم الأطفال الأبناء الحلويات والأطعمة ذات المذاق الحلو، بينما يكرهون عموماً أيضاً الأطعمة الأخرى المالحة أو/ والحامضة.. أي ذات المذاق الحامض.

3- المعارضة والانفعالات الحادة التي تبديها الأسرة مع اللجوء إلى عقاب الأبناء على كراهيتهم ورفضهم للأطعمة التي تقدمها لهم.. الأمر الذي يُوّلد لدى الأبناء شعوراً بالتحدي والغضب أو الغيظ تجاهها،، ومن ثم تبني الأمر (كراهية ورفض الأطعمة) وسيلة لإزعاجها والانتقام منها أو نكاية بها.

4- تقليد الأبناء أقراناً لهم في سنهم يكرهون أطعمة وينعتونها بأدنى الصفات أو الأسماء.. الأمر الذي ينقله هؤلاء الأبناء سلوكياً بفعل تأثير الأقران إلى الأسرة والعادات الغذائية الأسرية.. لتبدأ ربما رحلة إضافية جديدة من سلسلة المعاناة أو المسؤوليات الجسام التي تُكابدها في سبيل تنمية الأبناء لشخصياتهم المتكاملة السوية.

5- كراهية الأب أو الأم أو الأخوة الكبار أو مزيجاً منهم لأنواع أطعمة وتفضيلهم لأخرى..الأمر الذي يعتاد الأبناء عليه ويميلون إلى تقليده وتبنيه في غذائهم, دون ملاحظة واعية من الأسرة حيناً أو بإجازتها المبدئية الصامتة أو الملفوظة لذلك أحياناً أخرى، نظراً لكون الأمر عادة ممارسة من الأسرة تواً.

6- التكرار الزائد من الأسرة لنوع واحد من الطعام بسبب تدني الحالة الاقتصادية غير القادرة على التنويع وتقديم وجبات مختلفة وشهية الألوان والأصناف والمذاقات حيناً, أو لعادات ثقافية محلية أحياناً أخرى, أو شغف الأسرة (أباً أو/ وأماً غالباً) بنوع أو أكثر من الأطعمة، حتى لو قدمت لهم يومياً أو كل وجبة أحياناً.. كل هذه العوامل الاجتماعية البيئية تزرع لدى الأبناء كراهية الأطعمة المتكررة هنا،، مع ميلهم في نفس الوقت إلى أخرى، حتى لو كانت بسيطة جداً مثل قطعة خبز مغموسة بقليل من زيت الزيتون والزعتر؟!

أسباب بيولوجية وراثية لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة وتفضيل أخرى

ترتبط الأسباب الحالية بالجسم وصحته ونموه.. بحيث يؤثر وجود بعض المشاكل في بعض أعضاءه أو تطوره من مرحلة شخصية إلى أخرى،، في ميل

الأبناء نحو أطعمة محددّة أو كراهية أخرى. من أهم الأسباب البيولوجية الوراثية الأمثلة التالية :

1- خروج الأطفال الأبناء من مرحلة الرضاعة التي يعتمدون خلالها في بقائهم الحياتي كاملاً على الأسرة وما تقدمه لهم أو تجبرهم عليه من أطعمة , إلى الطفولة المبكرة بعمر سنتين فأكثر, حيث يدركون بنموهم الشخصي العقلي والحركي والجسمي والانفعالي واللغوي ,أنهم قادرون على القرار والاختيار بأنفسهم والبقاء دون حاجة للأسرة. وهنا, تحرف النزعة الاستقلالية الأطفال الأبناء دون وعي, اللى تصرفات سلبية يخالفون أولاً الأسرة بها في مجالات سلوكية يومية منها كراهية ورفض أنواع محددّة من الطعام،، ثم ثانياً حاجاتهم الصحية التي تتطلب منهم تناول مثل هذه الأطعمة.

2- الترجيع أو الارتداد البلعومي لدى الأطفال المبكرين بحيث يسبب لهم اللعاب الكثير والتهابات المريء والآلام عند ابتلاع الطعام، الانزعاج ورفض الطعام.

3- العطل الحركي الفمي مؤدياً ذلك إلى الحشرجة والتهابات المريء المتكررة، خاصة لدى الأطفال الذين يسعلون ويغصون خلال الأكل.

4- اضطرابات النفور من الطعام ,خاصة لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة، ومروراً بخبرات التنفس الاصطناعي والغذاء بمساعدة أنبوب ممتد للمعدة ...

5- الاضطرابات العضلية العصبية لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذي يسبب بدوره صعوبات في بلع الطعام.

6- الإعاقات في عمليات مرور وهضم الطعام من البلعوم عبر المريء إلى المعدة ثم خروجاً إلى الأمعاء الدقيقة فالغليظة..

7- ضعف عضلات الجهاز الهضمي بدءاً من المريء والمعدة وانتهاء بالأمعاء وغيرها من اضطرابات ومواطن القصور الأخرى في النظام الهضمي،، والتي تسبب جميعاً صعوبات بلع الطعام وبالتالي كراهيته ورفضه.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة كراهية الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى

نقدم للأسرة نوعين من التوجيه للتغلب على مشكلة كراهية الأبناء لبعض الأطعمة: التوجيه الأسري بالتربية الوقائية ثم التوجيه الأسري بالتربية العلاجية.

التوجيه الأسري بالتربية الوقائية للأبناء

تتلخص مبادئ التربية الوقائية للأبناء هنا بالمبادئ الإجرائية التالية :

1- تقديم أصناف صحية متنوعة من الأطعمة للأطفال الأبناء, مهما كان الأب أو الأم أو الأخوة الكبار غير ميالين إليها.

2- المثابرة وعدم الاستسلام في تقديم الأطعمة المرفوضة من الأطفال الأبناء , أسبوعاً بعد أخر ولو بمقادير قليلة.. فإذا لم يحبوها مرة، قد يتعّودون عليها في المرات التالية.. مع مراعاة عدم الإكراه أو عقاب أو تعنيف الأبناء على ردود فعلهم السلبية نحو بعض هذه الأطعمة.. تفيد الدراسات أن الأطفال يُقبلون على الأطعمة بعد تقديمها لهم بين 10-15 مرة

3- الابتعاد عن استعمال الأطعمة وسائل لرشوة أو مكافأة الأبناء بمنحهم نوعاً مفضلاً من الحلويات أو السكاكر/الشوكولا، أو إعفائهم من واجب معين أو الذهاب إلى صديق أو اللعب معه.. لان الأبناء قد يدركون هدف الأسرة بالقول في عقولهم: لو كان الطعام جيداً لما قدموا لي هذه العطايا.. إنه (أي الطعام) على الأرجح رديئاً.

4- محاولة حديث الأسرة على مائدة الطعام في مواضيع ومناسبات أو حوادث سارة وإيجابية, حيث يشجع تلقائياً نفسياً الأبناء على الاندماج في الموقف، وربما نسيان مشاكلهم مع الطعام وتناوله كالمعتاد بصحبة الأسرة.

5- الابتعاد عن مناقشة عادات الأبناء السيئة في تناول الطعام، لأن ذلك يحفز فيهم ردود فعل سلبية إضافية نحو بعض الأطعمة، وربما صحبة الأسرة على مائدة الطعام.

6- تحديد الأكلات الخفيفة Snacks التي يتناولها الأطفال الأبناء غالباً خلال اليوم بين الوجبات الرئيسية الثلاث,بحيث لا تتعدى اثنتين أو ثلاث على الأكثر ,حتى يتاح لهم تناول أطعمة صحية كافية مع الأسرة في الوجبات اليومية.

7- الامتناع عن توفير بدائل طعام جانبية للأطفال الأبناء الذين لا يتناولون ما تقدمه الأسرة على المائدة أو في الوجبة الرئيسية، للمساعدة في عودتهم إلى الطعام المقصود نتيجة شعورهم العارم بالجوع.. وعلى العموم, إذا لم تستطع الأسرة مقاومة عاطفتها نحو الأبناء بالحنو عليهم والخوف على صحتهم.. عندئذ يجب تحضيرها لهم وجبة واحدة في اليوم فقط لتعويض حاجات جسمهم الصحية اليومية نسبياً من الغذاء.

8- استعمال اللعب ومواقف المنافسة مع الأطفال الأبناء خاصة في الطفولة المبكرة.. فعند عناد الطفل مثلاً أو مقاومته للطعام,يمكن للأم دعوة أحد الأخوة الأصغر أو الأكبر مباشرة لتناول الطعام كاملاً حتى لا يبقى شيئاً لأخيه أو أخته.

9- تقديم الأسرة للأطعمة بأشكال و ألوان وترتيبات متنوعة وجذابة، لإثارة فضول وانتباه وإقبال الأطفال الأبناء وتناوله كما هو مطلوب.

10- اعتياد الأسرة على تقديم الطعام في نظام يومي محددّ عبر وجبات رئيسية معروفة في المكان والزمان، ثم وجبات خفيفة (وغالباً)من الفواكه والخضار خلال أوقات مناسبة من النهار.

11- إغلاق جهاز التلفاز خلال وجبات الطعام، لتركيز الأطفال الأبناء أكثر على الأكل وتناول ما يفيد صحة أجسامهم.

12- احترام سرعات الأطفال الأبناء في تناول الطعام. فمنهم ما هو بطيء أو سريع في ذلك.. فلا يجب من الأسرة التدخل في هذا الأمر, سوى إرشاد الأبناء بمضغ الطعام جيداً قبل البلع لفائدة صحتهم أكثر.

13- الحديث العادي مع الأطفال الأبناء خلال تناول وجبات الطعام، مع عدم التعرض لطريقة أكلهم أو انتقاد أسلوبهم خلال ذلك. ويفضل عدم الانتباه الزائد لهم خلال الأكل، وتركهم يتناولون وجباتهم براحتهم. ويتوقع من الأسرة مع الأبناء الاسترخاء خلال ما يتناولونه من طعام.

14- تقديم الأطعمة بمذاقات يفضلها الأطفال الأبناء حتى يعتادوا عليها، ومن ثم تقديمها منفردة لهم طبيعياً.. فإذا كان الأبناء يحبون المذاق الحلو

والحلويات , عندئذ يمكن إضافة قليل من السكر على عصير الفواكه المقدم لهم طيلة فترة مناسبة ليمكن بعدئذ تناولهم للعصير بمفرده كما هو.

15- الابتعاد عن إجبار الأطفال الأبناء للأكل أكثر ...وإذا قال الواحد منهم أنه أخذ كفايته من الطعام (شبع)..أو نهض من مائدة الطعام لغسل فمه ويديه وفرشاة أسنانه , فلا تجبره الأسرة على الرجوع وتناول المزيد لضرره الصحي غالباً، ثم لإمكانية تطوير شعور بالكراهية نحو الطعام المجبر عليه.

16- حذف الأسرة من قوائم أطعمتها أي ممنوعات.. لأن الممنوع هو دائماً مرغوب. ولتسمح للأطفال الأبناء تناول ما يشاؤون من على مائدة الطعام،، مع ملاحظة التوازن الغذائي المفيد لصحتهم خلال ذلك. وإذا لم يحدث هذا التوازن على سبيل المثال خلال الوجبة الواحدة أو اليوم الواحد, فيمكن أن يحدث في الوجبة التالية أو اليوم التالي أو خلال أسبوع من الوقت على الأكثر. فلا ضير من حيث المبدأ على صحتهم الجسمية نتيجة هذا.

17- تنمية الأسرة لميول إيجابية لدى الأطفال الأبناء نحو الطعام وفوائده الصحية لهم،، بالحديث الإيجابي غير المباشر معهم عن ذلك، مع إعطاء أمثلة واقعية من أصدقائهم ومعارفهم.

18- توفير الأسرة في المنزل لأطعمة صحية وغنية في قيمتها الغذائية، دون الأطعمة المشبعة بالدهون والسعيرات الحرورية.. إن توفير الأطعمة الصحية يمنح الأطفال الأبناء تلقائياً فرصاً لتناول وجبات صحية أيضاً, دون استهلاك الوقت مع الأبناء لعدم تناول طعام محدد لضرره أو عدم فائدته كثيراً لهم.إن الأسرة من باب أولى الامتناع عن إحضار الأطعمة ذات القيم الغذائية المنخفضة، لضمان تناول الأبناء بدائل غذائية مفيدة لصحتهم.

19- مشاركة الأطفال الأبناء (بناتاً وأولادا) في شراء الأطعمة وتحضيرها وطهيها وتقديمها بجاذبية على المائدة.. لتعويدهم عليها وتكوين ميول إيجابية نحو تناولها وفائدتها.

20- متابعة الأسرة في علاقات الأطفال الأبناء مع الأقران في الحي والمدرسة، ومحاولة تحييد آثارهم الغذائية السلبية على الأبناء،، بالحديث الهادئ والإرشاد والتوجيه المقنع بدون التهديدات والوعيد والتعنيف.

21- توعية الأطفال الأبناء لمخاطر الإعلانات التلفزيونية بخصوص أنواع الأطعمة الخفيفة والمسلية العديدة، ومدى ضررها على صحتهم.. مع محاولة ترشيد / ضبط شهياتهم وطلباتهم للحصول عليها،، حتى لو كان ذلك من مصروفهم اليومي الذي يعتبرونه حقاً لهم للتصرف به كما يشاؤون.

22- تقديم أطعمة يحبها أو يستمتع بها الأطفال الأبناء، مع محاولة الأسرة مرافقة هذه الأطعمة بواحد لم يرغبوه ومبادرة الأسرة طبيعياً بدون تنويه أو كلام، بتناول الطعام غيرالمفضل من الأبناء والاستمتاع به أحياناً.

23- محاولة الأسرة أن تكون قدوة أو نموذجاً للأطفال الأبناء في ميولها نحو الطعام وأنواعه المختلفة ومذاقاته وألوانه وعادات تناوله, وأخذه عند الجوع والكف عنه عند الشعور بالشبع.. ولو بقي في الوعاء لقمة واحدة ! وتناول المفيد الغني منه والامتناع أو التقليل لأقصى درجة من الوجبات السريعة أو أكياس التسلية المعلّبة الفائضة في دهونها وسعراتها الحرارية دون قيمة غذائية تذكر. ولا تتوقع الأسرة تفضيل الأبناء لأطعمة وعادات غذائية, هي في الأصل تفتقدها ولا تمارسها وربما تمتلك ميولاً سلبية أو مهملة نحوها.

التوجيه الأسري بالتربية العلاجية للأبناء

يكون دور الأسرة بالتربية العلاجية الحالية مساعداً لجهات علاجية مختصة يتمثل بالتمويل والمتابعة وتدوين النتائج ومناقشتها مع الجهات الطبية والعيادية, وصولاً للنتائج المأمولة: التغلب على مشكلة كراهية الأبناء لأطعمة محددّة. يمكن في هذا الإطار مهما يكن اعتبار ما يلي:

1- مبادرة الأسرة باستشارة طبيب الأطفال حول حالة طفلها البالغ سبعة أو ثمانية شهور ولا يزال يرفض تناول أطعمة مناسبة صلبة بجانب الحليب (حليب الأم أو حليب الأطفال), لإجراء فحوصات طبية وتحليلية مناسبة، لتشخيص

حالته ووصف العلاج الغذائي وربما الدوائي المطلوب ,خاصة إذا بدت الصحة الجسمية للطفل معلولة أو غير عادية مقارنة بسنه. أو يواجه مشاكل صحية مثل: فقدان الوزن وبطء النمو والسعال والحشرجة الصوتية وتقطع التنفس والغصة خلال تناول الطعام، أو ترجيعه من المعدة بواسطة الفم بما يسمى الإقياء.

2- طلب فحص الأطفال الأبناء من طبيب مختص في الجهاز الهضمي. يقوم بتصوير أجزاء وعمل هذا الجهاز باستعمال جرعة من الباريوم (عنصر معدني قلوي تمهيداً للفحص السيني للجهاز الهضمي) ثم يتم التصوير السيني للتحقق من بلع الطفل للباريوم أو تقطع هذا البلع. يجري هذا الفحص على الأطفال الأبناء بمساعدة مختص علاج الكلام الذي يلاحظ ويبحث عن أي أعراض غير عادية في عملية البلع.

3- طلب مساعدة مختص علاج الكلام أو معالج وظائف الأعضاء بالجهاز الهضمي الذي يلاحظ عمليات بلع الطفل لأطعمة بكثافات مختلفة، واقتراح العلاج المناسب بالتعاون مع طبيب الأطفال وطبيب الجهاز الهضمي، مثل : تغيير الوضع الجسمي للطفل خلال تناول الطعام ,وإعطائه أطعمة بكثافات مختلفة , وتعويد الطفل على تناول الأطعمة الصلبة (العادية غير السائلة)، خاصة إذا كان لا يرتاح نفسياً عند أخذها في فمه , والاستعانة بوسائل طبية مناسبة تساعد الطفل في التكيف بعملية تناول الطعام.

*****

اضطرابات الأكل لدى الأبناء

مقدمة

إن الأكل الزائد المرتبط بحالات التوتر، والعادات الغذائية الفقيرة "وموضة" الوجبات الخفيفة الجاهزة المشبعة بالدهون والمواد الرخيصة أو الرديئة أحياناً.. هي مشكلات عامة يعاني منها أطفال وشباب هذه الأيام. وتفيد الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية، أن نسبة **10%** من البنات والشباب (المراهقات) يعانون من مشكلات الأكل بوجه عام.

أما في مجتمعاتنا العربية المحلية، فإن العادات السيئة للأكل أو ما يعرف بالطعام غير الصحي القائم على النشويات والدهون عموماً كما في رقائق البطاطس (الشبس) والأيس كريم والشوكولا والحلويات أو الساكر ووجبات " الهامبرغرغ " وغيرها مما يشبه، بدأت تشكل ظاهرة سلبية في النظام الغذائي للشباب اليافعين (المراهقين).. يجب الالتفات إليها من الأسرة للحفاظ على النمو الشخصي السليم للأبناء في مجالات الجسم أولاً ثم في الإدراك والعاطفة والانفعالات والسلوك الحركي والاجتماعي.

وفي هذا العصر الذي يجري فيه تركيز المجتمعات على النحافة الجسمية، في الوقت الذي يبدو الأفراد أكثر وزناً من أي عصر مضى.. يكافح عديد الأفراد لتنقيص وزنهم العادي أملاً في الحصول على جسم جذاب أكثر، والعديد الآخر يصارع رغباته وميوله وعادات غذائه اليومية من أجل التخلص من كيلو غرامات زائدة عن العادة نسبياً، أو كلياً لدرجة متطرفة أحياناً عند المعاناة من الوزن الزائد Overweight.

ومهما يكن، عندما يفقد عضو الأسرة الإحساس المنطقي بشهيته: بالامتناع عن الأكل حتى الموت أحياناً أو تناول الأكل بشراهة متطرفة، تُفقده المظهر اللائق والقدرة على الحركة والقيام بوظائف الحياة اليومية نتيجة الترهل والبدانة الزائدة.. نقول بأنه يعاني من اضطرابات الأكل.. تصرف غير مدني يستدعي

تشخيصه وعلاجه للعودة لعادية السلوك المدني المتعارف عليها في الغذاء وتناول الطعام بوجه خاص.

أنواع اضطرابات الأكل الملاحظة لدى الأبناء

تقع اضطرابات أو مشكلات الأكل التي يقع فيها الأبناء، في ثلاث فئات رئيسية.

1- فقدان الشهية للطعام Anorexia Nervosa. تظهر هذه المشكلة لدى الأبناء الذين ينشدون التفوق أو الكمال في سلوكهم أو تحصيلهم وشكلهم أو مظهرهم، مع معاناتهم في نفس الوقت من ضعف تقديرهم لقدراتهم أو لما يمتلكونه من إمكانيات شخصية.

وفي غمرة الكفاح المحموم للنحافة أو رشاقة الجسم، يغالي الأبناء المصابون بمشكلة فقدان الشهية في تجنبهم ورفضهم للطعام، بالرغم من جسمهم النحيل أحياناً وتضورهم جوعاً في أحيان كثيرة أخرى.. الأمر الذي يؤدي بالنتيجة إلى ضعف الجسم ومرضه واندثاره بالموت في بعض الحالات، خاصة عند إغفال الأسرة للمشكلة وتفاقم الحالة المرضية للابن أو الابنة.

2- **الشهية المفرطة للطعام** Bulimia التي يقوم نتيجتها الأبناء بالتهام كميات كبيرة من الطعام المتخم بالسعرات الحرارية كما في النشويات والحلويات،، ثم الإسراع بعدئذ إلى الحمام أو المغسلة في الخفاء غالباً بعيداً عن أعين الأسرة، لتخليص الجسم من فائض السعرات الحرارية بتفريغ المعدة من الأكل بواسطة القياء. أو في أحيان ثانية، يعمد الأبناء النهمون هنا إلى تناول الملينات المعوية Laxatives لإثارة الجسم لمنع الامتصاص الكامل للغذاء وإخراجه دون فائدة صحية ستذكر.

وحتى يُخفي الأبناء الذين يعانون من مشكلة الأكل الحالية أمرهم عن الأسرة ويمضوا بالنتيجة قدماً في المحافظة على رشاقة أجسامهم كما يعتقدون، يغلقون الحمام ويفتحون ماء المغسلة لإعطاء انطباع لدى الأسرة بقضاء حاجة لهم..

وقد يستمرون على هذا الحال في الخفاء دون ملاحظة الأسرة لعدة أشهر أو سنوات،، حتى تبدو الأعراض المرضية لصحتهم الجسمية، بشكل جفاف في الجسم واخلالات هرمونية وفقدان مواد معدنية هامة ودمار خلايا وأعضاء هامة لأنظمة الجسم المختلفة.. فيَصْحُوا الجميع على مشكلة لم تكن في الحسبان، مع ما يرافقها من خسارة في الجسم والزمن والنفس والمادة خلال عملية العلاج.

3- **الشهية المفتوحة نسبياً للطعام**. تؤدي هذه المشكلة بالأبناء إلى تناول الطعام بكميات أكثر من حاجتهم الفعلية للصحة أو الجسم فيما يسمى بالأكل الزائد أو التخمة. وبينما تشبه الفئة الحالية من الأبناء جزئياً سابقيهم بالشهية المفرطة من حيث تناول كميات كبيرة أحياناً من الطعام، إلاّ أنهم لا يعمدون، كما هو الأمر مع المفرطين إلى التخلص من الأكل بالقياء أو المُليّنات..

ومهما يكن، فعند استمرار أفراد هذه الفئة في شهيتهم المفتوحة وتناول أي طعام يلوح لهم دون حساب كما يلاحظ أحياناً، يبدأ وزنهم بالازدياد ويترهل جسمهم وتتثاقل حركتهم وتطرأ عليهم أمراض جسمية جديدة مثل: السكر وضغط الدم والكولسترول.. وأخرى نفسية مثل الاكتئاب وتشوش مفهوم الذات والقلق والهرب من الواقع باللجوء إلى المخدرات.

عوامل مؤثرة في الجوع والأكل

أ – عوامل من أصول بيولوجية:

1- إثارة الشهية عند ارتفاع مستوى السكر في الدم وانخفاض مستوى الدهنيات الأسيدية.

2- امتلاء المعدة المنبه للثلاموس، ومذاق الأطعمة المثيرة لرفض الأكل ومستويات الإشباع في تخزين الدهون في الجسم وما تشير إلي للثلاموس الأدنى بعدم الأكل.

ب – عوامل من أصول نفسية :

1- الشعور بالجوع الخاص لأغذية تحتوي مواداً مثل الملح والكالسيوم أو السكر (الحلوى)...

2- الاكتئاب و تحفيزه للأكل.

3- المنبهات الاجتماعية للأكل مثل شعائر وعادات الأسرة في الأكل ومفهوم الطعام اللذيذ.

4- الخوف.

5- عدم الميل (الكراهية) المثير لعدم الأكل.

6- الإشباع المشروط.

7- الضغوط الاجتماعية المحبذة للنحافة و المراقبة الغذائية.

8- اضطرابات عقلية مثل تجنب الأكل أوالأكل وقذف الأكل من المعدة.

ج – عوامل من أصول متنوعة:

1- منبهات حسية تحفز النظام العصبي لإصدار أوامر لأجهزة الجسم الغذائية والشهية والتخزين الغذائي للاستعداد وبدء العمل (الأكل).

2- الأنشطة المتوقعة مثل النظر للأكل كوسيلة للبقاء.

الأبناء أكثر عرضة لاضطرابات الأكل

إن اضطرابات الأكل هي اخلالات نفس سلوكية تنشأ لدى عضو الأسرة بفعل ملكاته الشخصية والجسمية والبيئية التي يعيش فيها. فبعضها موروث يتصل بأقارب (أب أو أم) عانوا في السابق من اضطرابات الأكل أو المزاج أو تناول المخدرات.. والبعض الآخر أوجدته البيئة لدى عضو الأسرة بالتحفيز.. أو التعليقات (السخيفة أحياناً) حول البدانة والنحافة أو رؤى المجتمع حول الجسم المثالي أو الشكل النموذجي أو غيرها.

فالبيئة من أقران وأفراد أسرة وبيئة محلية تؤكد باستمرار على أهمية النحافة الجسمية لجمال وجاذبية الشخصية.. فنلاحظ بالنتيجة أعداداً كبيرة من الشباب عموماً، والنساء منهم خاصة يصرّون كما يبدو على تجويع معداتهم للحصول على هذا المظهر الشخصي المرغوب بيئياً. تفيد إحصائية للمعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية أن 90% من حالات اضطراب الأكل تتكون من مراهقات ونساء وشباب، وأن 3% من مجموع النساء الشباب في الولايات المتحدة يعانين من اضطرابات الأكل.

ومع كثرة الأفراد أطفالاً ومراهقين وشباباً بعمر 20-30 سنة عموماً، الذين يعانون من اضطرابات الأكل بأنواعها الثلاث أعلاه، إلا أن بعضهم يمضي في اضطراباته متخفياً دون ملاحظة الأقران أو أفراد الأسرة لذلك حيث ينكرون ذلك عند إثارة الموضوع أحياناً معهم.. الأمر الذي يحفزهم للانزواء جانباً دون تفاعل اجتماعي كاف مع من حولهم من الناس.

والأفراد الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل باعتبار العوامل النفسية هم الذين يعانون من تدني الحيوية الذاتية: الخاملين في همتهم للمبادرة والتحرك ذاتياً من مسؤولية إلى أخرى أو نشاط إلى آخر.. والذين يشعرون بالعجز وعدم القناعة تماماً بما يبدون عليه من مظهر.

كما أن الأفراد الذين يميلون إلى الكمال في تصرفاتهم وأعمالهم يقعون ضحية الاضطراب الأول: فقدان الشهية العصابي، أما الذين يميلون إلى التهور والاندفاع وعدم التروي في قراراتهم وتصرفاتهم، فقد لوحظ معاناتهم من الاضطراب الثاني : الشهية العصابية الراجعة(نظراً لتقيّؤ عضو الأسرة الطعام من معدته لتكون فارغة مرة أخرى).

والأفراد الذين يتعرضون لمواقف بيئية مشبعة بالصدمات والانفعالات النفسية الحادة أحياناً مثل الاغتصاب وفقدان عزيز أساسي في الحياة الشخصية اليومية مثل أحد أفراد الأسرة والعنف الجسدي الحاد.. وكذا الحال عند التعرض لحوادث وأخبار طارئة سارة لدرجة حادة غير متوقعة مثل عودة مفقود من الحرب أو السفرالطويل، أو الشفاء المفاجئ من شلل أو مرض عُضال،، أو حصول ولادة غير متوقعة أو ربح مبلغ كبير من المال في مسابقة أو سحب " اليانصيب ".. توقع كلها وغيرها العديد مما شابه في اضطرابات الأكل.. نظراً لما تتطلبه وبشكل مفاجئ أيضاً من أدوار ومظاهر شخصية وجسمية جديدة أو طارئة من هؤلاء الأفراد.

أهمية العلاج المبكر لإضطرابات الأكل

من المهم للمضطربين في عادات الأكل طلب العلاج لحالاتهم الإضطرابية في

وقت مبكر، تجنباً لاستفحال مشاكلهم السلوكية في هذا السياق،، ثم نشوء أمراض نفسية وصحية أخرى نتيجة اضطرابات الأكل الحالية.

فالنهم للأكل إذا تركناه على غاربه يؤدي لمزيد من النهم والتهام الطعام.. ومن ثم للبدانة الزائدة وثقل الحركة الفردية، وسوء المظهر الجسمي وأمراض السكر وضغط الدم ومتاعب الأوعية الدموية والكلى والاكتئاب.. أو اللجوء إلى القياء ثم الارتياح النفسي نسبياً ثم الإقبال على الطعام مرة أخرى والقياء. وهكذا دواليك في دائرة متداخلة غريبة من الفعل ورد الفعل غير المفيد.

أما الأفراد الذين يدخلون نظاماً غذائياً قاسياً لفقدان الوزن يقعون أيضاً فريسة اضطرابات فقدان الشهية للأكل.. وعند المغالاة في الامتناع عن تناول الطعام،، يؤدي ببعضهم إلى التضوّر جوعاً وفقر الدم وفقدان الشعر وهشاشة العظام وتسوس الأسنان وانقطاع العادة الشهرية عند النساء، والتهاب المريء وخفقان القلب، وكذلك المخاطرة باللجوء إلى الانتحار وربما المعاناة من السكتات القلبية، أو الفشل الكلوي.. كما تفيد إحصائيات المعهد الوطني للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية .

واضطرابات الأكل تؤول أيضاً إلى اضطرابات عقلية مثل: الاكتئاب والقلق والإدمان على المخدرات والعزلة الاجتماعية عن الناس. ومع هذه الآثار السلبية المادية الجسمية والنفسية التي تسببها اضطرابات الأكل، فإن المهم دائماً هو مبادرة عضو الأسرة المعني لاستشارة طبيب نفسي بخبرات متخصصة في علاج الاضطراب النفس سلوكي الحالية.

والخلاصة، يمكن في الواقع شفاء معظم حالات اضطراب الأكل عند علاجها في وقت مبكر من ظهور أعراض المرض وقيام مختص نفسي مؤهل بهذا العلاج.

أما إذا أهمل عضو الأسرة في مراجعة الطبيب النفسي المختص ومرّ عليه وقت يعاني فيه من اضطرابات الأكل وما قد ينجم عنها من أمراض واضطرابات أخرى : جسمية ونفسية كما أوضحنا آنفاً، فإن عملية العلاج

تصبح صعبة ومُكلفة صحياً ومادياً وعمراً أسرياً.. وتتطلب زمناً أطول للوصول إلى النتائج المنشودة.

مؤشرات تحذيرية لاضطرابات الأكل لدى الأبناء

تبدو أهم مؤشرات اضطرابات الأكل بالأعراض التالية:

1- القيود غير الصحية على تناول الطعام مثل الرفض كاملاً أو التقليل منه لدرجة مجحفة، أو الاختيار غير السليم لأنواع دون أخرى.

2- فقدان أكثر من 15% من الوزن العادي للجسم.

3- الخوف الشديد عند زيادة الوزن.

4- سوء الفهم لنحافة الجسم والشكل أو الوزن المناسب.

5- غياب أو توقف أو تشوش الدورة الشهرية لدى النساء.

6- هجمات الإقبال على الطعام.. الأكل السريع لأي شيء وبكميات كبيرة.

7- التقيؤ المثار ذاتياً من عضو الأسرة.. اللجوء للقياء الإجباري بعد الأكل.

8- الاستعمال الزائد للملينات أو المسهلات.

9- الاستعمال غير المناسب لادرارات البول.

10- الاستعمال غير المناسب للحقن.

11- الصيام الطويل أكثر من يوم متواصل، أو اللجوء إليه لدرجة غير عادية.

12- التمارين الرياضية المجحفة أو الزائدة عن طاقة أو حاجة عضو الأسرة.

13- الخمول أو تدني الهمة الذاتية.

14- الخوف من فقدان القدرة على الضبط الذاتي.

فإذا لاحظت الأسرة مؤشراً واحداً أو أكثر من هذه السلوكيات أو الأعراض... تبدأ فوراً بالحديث مع الابن أو الابنة حول حالته للخروج منها مبكراً قبل أن تتفاقم لديهما.. بالإرشاد والتوجيه والمتابعة الأسرية، أو بالاستعانة بجهات استشارية مناسبة صحية جسمية أو غذائية أو نفسية أو مزيجاً منها إذا دعت الحاجة.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطراب الأكل لدى الأبناء

إن التعامل مع اضطرابات الأكل يبدو ميسوراً عند اكتشافها المبكر من الأسرة.. أما إذا تفاقمت هذه الاضطرابات لدى الأبناء، فيحتاج العلاج بذلك لفترة طويلة أحياناً ومداواة طبية جسمية ونفسية في آن.. للتخلص من المشكلات النفسية التي قد تصاحب اضطرابات الأكل..

كما يتطلب هذا العلاج كذلك فريقاً متكاملاً يضم: طبيب جسمي ومختص تغذية وطبيب نفسي، مع الأسرة بطبيعة الحال. يقومون معاً من خلال طرق العلاج الفردية والأسرية والدوائية الصيدلانية بالتغلب مشاكل الأكل الحالية.

تغلب الأسرة ذاتياً على مشكلة اضطراب الأكل

في العموم، ننصح الأسرة للتعامل البنّاء مع مشكلات الأكل، مراعاة ما يلي:

1- أن تكون نموذجاً صالحاً للأبناء في عاداتها الغذائية اليومية.. إن العديد من مشكلات واضطرابات الأكل تتطور لدى الابن أو الابنة بالتعلم من البيئة المباشرة المحيطة مثل الأسرة والأقران الذين يتعاملان معهم.

ولا يعقل أبداً أن تُلقي الأسرة محاضرة طويلة على الأطفال أو الأبناء عن مساوئ النشويات والحلويات على سبيل المثال أو الأكل المفرط عموماً.. ثم يقوم الأب أو الأم بعد دقائق بالتهام الطعام بدون حدود حتى التخمة، أو أكياس البطاطس المقلية الكبيرة، وكميات هائلة من الأرز أو المعكرونة باختلافها، أو رغائف الخبز والشحوم واللحوم مع قليل من الخضار والفواكه، أو بدونها أحياناً وهما الحاسمان لبناء وصيانة وصحة الجسم كما هو معروف.

2- المتابعة المستمرة غير المباشرة من الأسرة للأبناء في حياتهم اليومية عموماً، وعاداتهم الغذائية بوجه خاص،، مع الالتفات لأي تطورات أو أعراض صحية غير عادية قد تظهر عليهم.. لتتمكن من كشف مشاكل الأكل أولاً بأول قبل استفحالها لديهم، ومن ثم التعرف على الأسباب وراءها،، وتوعيتهم بالتوضيح والإقناع والتعاطف والمشاركة خطوة بخطوة في التغلب عليها.

إستعانة الأسرة بمعالجين نفسيين للتغلب على مشكلة اضطراب الأكل

يقوم المعالجون النفسيون بدور فعال في تشخيص ومداواة اضطرابات الأكل، بمعاونة فريق من المختصين المساعدين،، من أهمهم طبيب الصحة الجسمية لكشف الأمراض الجسمية، وربما المخاطر التي قد تنجم من تناول عضو الأسرة بعض الأدوية، أو من خبرته لتغييرات نفسية خلال عملية العلاج. كما أن مختص في الصحة الغذائية Nutritionist قد يلزم لتوجيه الحمية أو النظام الغذائي الذي يتبعه عضو الأسرة.

يعمد المعالج النفسي الى دراسة التاريخ الشخصي لعضو الأسرة، ثم العمل معاً لتحديد العوامل التي كانت وراء مشكلة اضطرابات الأكل لديه،، ومن ثم تطوير خطة العلاج المناسب المطلوب، تقوم على استبدال الأفكار والسلوكيات السلبية بأخرى إيجابية بناءة. يركز الاثنان كذلك على الصحة النفسية أكثر من الوزن مع متابعة عضو الأسرة بطبيعة الحال لعاداته الغذائية اليومية لمعرفة المواقف وأنواع الطعام التي تثير فيه النهم للأكل أو الانثناء عنه. مع التركيز على تعليم عضو الأسرة الآثار المدمرة للتجويع بحجة التنحيف وفقدان الوزن.. ونوبات النهم للطعام والتمارين الرياضية المجحفة وبالمقابل: تحسين الهمة والحيوية الذاتية وقبول المظهر الجسمي الذاتي.

ولا يَكتفي المعالج النفسي مع عضو الأسرة بتغيير الأفكار والسلوكيات المرتبطة باضطرابات الأكل،، بل يركزان أيضاً على شفاء العوامل النفسية المسببة لانحراف عادة الأكل.. وتحسين تعامل وعلاقات عضو الأسرة مع البيئة..

إن استخدام العلاج المُفرّد (المعالج وعضو الأسرة) ومجموعات العلاج النفسي أو مجموعات التدريب والطرق السلوكية والغشتالتية والأصول المرضية والنفس تحليلية والأدوية المناسبة.. تبدو فعالة في الحصول على الشفاء المطلوب للاضطرابات الحالية.

*****

بلل وإخراج الأطفال أثناء النوم

مقدمة

البَلَل Bedwetting or enuresis والإخراج Bedsoiling هما مشكلتان يعاني منهما بعض الأطفال الأبناء أحياناً بعد عمر أربع سنوات. ومع أن معظم الأطفال يستطيعون ضبط حاجات البوال والإخراج مع عمر سنتين، إلاً أن عدداً منهم لا يستطيع ذلك خلال النوم في الليل خاصة حتى بلوغهم عمر خمس إلى ست سنوات.. أما إذا استمر بعض الأبناء الأطفال إلى المراهقة حتى عمر اثنتي أو ثلاث عشرة سنة في مشاكل البلل والإخراج فيشير ذلك إلى وجود مشاكل نفسية واجتماعية وجسمية صحية قد يعانون منها (كما نوضح لاحقاً) كأسباب لهذه الاضطرابات الشخصية السلوكية.

ويعتري الأبناء المصابين بالاضطرابات السلوكية الحالية الشعور بالعيب والخجل من حالاتهم، خاصة إذا واجهوا من أعضاء الأسرة والأقران تعليقات غير واعية حيناً أو سخيفة أحياناً أخرى، تزيد من وضعهم الاضطرابي سوءً، مؤخرة بذلك شفاءهم إلى أشهر أو ربما سنين طويلة تالية.

وبينما تبدو مشكلة البلل أكثر حدوثاً لدى الأطفال من الإخراج بوجه عام، فإن دراسات متخصصة جرت في الولايات المتحدة عن أطفال يعانون من البلل ليلاً، أفادت أن :

- حوالي 15 - 20 % من الأطفال في الولايات المتحدة بعد عمر ثلاث سنوات، يعانون من مشاكل البلل في نومهم بما يعادل 5 – 7 مليون طفل.
- حوالي 1% من المراهقين الأمريكيين يعانون من مشكلة البلل في نومهم.
- الأطفال الأولاد يعانون لدرجة أعلى من الأطفال البنات في مشاكل البلل والإخراج.

- البلل في الفراش ليلاً يعود جزئياً إلى أصول وراثية. أي أن الأسرة التـي عـانى الأب أو الأم طفـلاً من مشاكل البلل ليلاً، يتعرض أبناؤهما بوجه عام لنفس المشكلة.
- معظم حالات البلل لا تعود إلى مشاكل انفعالية.
- مشكلة البلل تتوقف لدى الأطفال مع بلوغهم سن المراهقة بعمر 12 إلى 13 سنة.

والبلل والإخراج ليسا في واقع الأمر مرضاً بذاتهما، بل هما أعـراض تلاحـظ في العـادة عـلى الأبنـاء الأطفال الذين يعانون من انتكاسـات صـحية في أجـسامهم، أو مـن مـشاكل اضـطرابية في عـادات نومهم. ومع هذا، يتوقع من الأسرة أن تعي حقيقة أن الأبناء عموماً لا يبللون فراشـهم لـيلاً لغايـة أو انتقاماً منها، أي عن سبق الإصرار على ارتكاب مثل هذه الـسلوكيات، وأن تبـادر بـدل تعنيـف الأبناء أو تحفيزهم نتيجة البلل والإخراج، بتشجيعهم على الـصبر والأمـل بالتحـسن والخـلاص مـن المشكلة مستقبلاً.. والتعاطف معهم في معاناتهم وتهدئة نفوسهم، حيث تساعد كلها عـلى الـشفاء دون تفاقم مشاكلهم أكثر.

أسباب عامة لمشكلة البلل والإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن أكثر الأسباب وراء معاناة الأطفال الأبناء من مشكلة البلل والإخراج هـي:

1- تشوش الإشارات والاتصالات العصبية بين الدماغ والمثانة التي تنظم عملية البـول والاحتفـاظ به حتى الصباح خلال النوم. إن انقطاع هذا التواصـل العـصبي أو تـشوشه بـين مجموعـة الخلايـا المختصة في الدماغ بعملية البول من جهة، والمثانة وفيسيولوجيا ووظيفة المثانـة نفـسها مـن جهـة أخرى، في أداء مهمة التنقية الحاسمة لـنظم الجـسم الإنـساني.. تـؤدي بالأطفـال إلى البلـل لـيلاً في فراشهم خلال النوم.

2- معاناة الأطفال من مشاكل في الكليتين والمجاري البولية كالإصابة بالتهابات أو صـغر الكليتـين لدى بعضهم.

3- معاناة الأطفال من اضطرابات في عادات النوم اليومية كتشوش النوم ليلاً والنعاس أو الغفوات المتكررة خلال النهار.

4- معاناة الأطفال من الضيق النفسي والقلق نتيجة المشاكل والنزاعات الأسرية، والإهمال والرفض والمحاباة والأذى الأسري.

5- التغييرات الطارئة في أسلوب حياة الأسرة مثل الانتقال إلى سكن آخر مختلف، أو إلى مدرسة أخرى، أو فقدان أعضاء الأسرة بالموت أو السفر أو السجن أو غيرها، أو مولد أخ أو أخت جديدين استحوذاً على اهتمام الأسرة وإهمالها بالمقابل للابن أو الابنة الأكبر.

6- التدريب القسري أو غير الملائم في الإجراء أو التوقيت، للطفل على الذهاب إلى الحمام... الأمر الذي لم تتكون نتيجته عادات البوال أو الإخراج كما هو مطلوب.

7- الإعاقات الجسمية التي يعاني منها الأبناء الأطفال أحياناً، حيث يقعون مجبرين أحياناً في هذه المشاكل الاضطرابية.

8- معاناة الأطفال أحياناً من مشاكل الإمساك المعوي المزمن.

9- الوراثة البيولوجية، فالبلل هو مشكلة متواصلة في الأسر أحياناً، حيث تفيد الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن 15% لديهم أقارب بمشكلة البلل، وأن 50% منهم لديهم أباً أو أماً أو أخوة عانوا (أو يعانون) من هذه المشكلة.

10- معاناة الأطفال الأبناء من مشاكل التنفس أثناء النوم كالشخير والتنفس بواسطة الفم، وتقطع التنفس بسبب التهاب الرئة والحنجرة والقصبة الهوائية أحياناً.

11- معاناة الأطفال الأبناء من اضطرابات ومشاكل القلق.

12- بطء النمو الجسمي الذي ينتج عنه صغر الكليتين، والنوم لفترات طويلة، وضعف المنبهات الدماغية والبيولوجية التي تشعر الطفل بملء الكليتين

وضرورة البــوال، ثــم ضــعف إنتــاج الجــسم للهرمــون المبطــئ لإدرار البــول Hormone Antidiuretic.

أما البوال خلال النهار، فترجع أهم أسبابه إلى :

1- النشاط الزائد للكليتين.
2- الامتناع عن البوال لفترات متقطعة بالرغم من الحاجة لذلك.
3- صغر حجم الكليتين.
4- مشاكل في نظام البول.
5- الحوادث اليومية الضاغطة المُسببة للقلق.
6- الأطعمة والأشربة المحتوية على الكافيين المنبّه.
7- الإمساك.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة البلل والإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن الأطفال الذين يعانون مبدئياً من مشكلة البلل والإخراج، يُبْـدون غالبـاً الأعـراض الـسلوكية التالية، الأمر الذي يشير للأسرة بضرورة اتخاذ الترتيبات الذاتية بالإرشاد والتوجيه والتربية الوقائية،، أو استشارة جهات طبية ونفسية متخصصة لعلاج ما يلزم في حالات الأبناء.

1- الصعوبات الصحية الجسمية التي تعيق الأبناء الأطفال من القيام بعادات التواليت (الحمام) بانتظام يومياً.
2- الإمساك المزمن لدى الأبناء الأطفال.
3- عض الأظافر.
4- مص إصبع أو أكثر باليد.
5- ثورات المزاج العصبية المتكررة.
6- القلق النفسي.

تشخيص مشكلة البلل أو الإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن أهم هذه الأعراض التي يمكن للأم الالتفات إليها، للتعرف عـلى مـشكلة البلـل أو الإخـراج لدى الأبناء الأطفال، ما يلي :

1- وجود تاريخ أسري لعضو أو أكثر عانوا من مشكلة البلل والإخراج.

2- تكرارية البلل أو الإخراج لدى الطفل.

3- أوقات البلل أو الإخراج وربط ذلك بعادات ومقادير الشراب والطعام.

4- أساليب البوال أو الإخراج لدى الطفل : عادية أو غير عادية.

5- التهابات الكليتين أو المجاري البولية.

6- الإصابة بسكر الأطفال.

7- أعطاب في نظام البوال لدى الطفل.

8- لون البوال المعتم أو المحمر.

9- صعوبة البوال أو الإخراج والانتظار لمدة غير عادية لذلك.

10-الشعور بالحرقة أثناء البوال.

11-البوال خلال الليل والنهار.

12-مرض طويل نسبياً للطفل.

13-تقطّع عملية البوال كالتبول بكمية قليلة أو الاستمرار في البوال على شكل نقاط.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة البلل أو الإخراج لدى الأطفال الأبناء

يصبح البلل أو الإخراج في الفراش خلال النوم ليلاً لدى الأبناء الأطفال عند استمرارهم بذلك بعد عمر أربع سنوات، مشكلة مزعجة للأسرة والأبناء في آن. عندئذ يتوجب من الأسرة التدخل طبياً ونفسياً لعلاج المشكلة لديهم، لتمكينهم من ممارسة حياتهم اليومية كالمعتاد بدون خجل أو إحراج أمام الآخرين. من المبادئ والإجراءات التي يمكن اتخاذها هنا ما يلي:

1- تعليم الأطفال مبكراً عادات الذهاب للحمام لكن بدون القسر أو الإجبار أو القسوة والتعنيف في ذلك. فمعظم الأبناء الأطفال يكونون مستعدين للتدريب واكتساب عادات الذهاب للحمام بعمر 18-24 شهراً. وعندما يتوقف الطفل لحظة أثناء اللعب أو الحديث مع الوالدين أو الأخوة قبل البلل أو الإخراج في حفاظته.. فيعني هذا أنه مستعد من حيث المبدأ لعملية التدريب على الذهاب إلى الحمام والنظافة من البلل.

والمهم من الأم مراعاته هنا هو عدم التهاون أو الإهمال في البدء بعملية تنظيف الطفل من سلوك البلل، والاستمرار في اعتماد طفلها على الحفاظات في تأجيل هذه المشكلة إلى حين تقدمه في العمر أكثر.. أو في التساهل مع الأمر والتهرب من مسؤوليات تعليمية في هذا الإطار تجاه طفلها أو طفلتها، تكاسلاً وقلة همة أو إهمالاً أو عدم الشعور الكافي بواجب الأمومة نتيجة الإهمال أكثر بالعلاقات والمشاغل الشخصية خارج نطاق الأسرة، كما يلاحظ أحياناً. ومع أن أفضل توقيت لتدريب الطفل على النظافة والذهاب إلى الحمام هو فصل الصيف، حيث تتراوح مدة التدريب في العادة بين أسبوعين وستة أشهر، فإن الطفل يبدو مستعداً وناجحاً في التخلص من مشكلة البلل عندما :

- ❖ يكون قادراً على اتباع التعليمات البسيطة عند القيام بما يحتاج أو يُطلب منه.
- ❖ يفهم الكلام حول عملية النظافة من البلل والذهاب إلى الحمام.
- ❖ يستطيع تنظيم وضبط العضلات المسؤولة عن البوال والإخراج.
- ❖ يعبر كلامياً عن الحاجة للذهاب إلى الحمام.
- ❖ يستمر في جفاف الحفاظة لمدة ساعتين.
- ❖ يذهب إلى وعاء أو كرسي الإخراج في الحمام بمفرده.
- ❖ يحاول تنزيل الحفاظة أو اللباس الداخلي نتيجة الشعور بالبلل أو الإخراج.

إن انتباه الأم لكل هذه الحالات لدى الابن أو الابنة، بالبدء بتدريبهما على النظافة والتغلب على مشكلة البلل أوالإخراج، باتباع الخطوات والمبادئ التالية:

* **قيام الأسرة بتوجيه وإرشاد الطفل** في :

- ❖ تناول الماء والسوائل عند الضرورة وبالحدود الدنيا فقط قبل النوم.
- ❖ تشجيع الطفل للذهاب إلى الحمام قبل النوم لتفريغ كليتيه من البول، أو من إفرازات الإخراج لحمايته نظيفاً خلال الليل.
- ❖ إيقاظ الطفل مرة على الأقل خلال الليل للذهاب إلى الحمام.

❖ تجنب عقاب الطفل وتعنيفه أو إشعاره بالذنب عند البلل أو الإخراج في الفراش ليلاً. إن تحلي الأسرة بالصبر والتعاطف مع الطفل في محنته يساعده في التخلص والشفاء منها.

❖ تشجيع ومديح الطفل ومكافأته بما يرغب عند نهوضه في الصباح نظيفاً.

❖ استشارة الأسرة لطبيب صحة جسمية – عند عدم فعالية إجراءاتها أعلاه، لإجراء فحوصات وتحليلات شاملة لأنظمة جسمه، والتحقق من كفاية سلامتها وعدم تأثير أحدها أو بعضها على حالة الابن أو الابنة، وعلاج ما يلزم في حالتهما قد تستدعي ذلك للتخلص من المشكلة الحالية.

❖ تحويل الأسرة للابن أو الابنة إلى طبيب نفسي في حال عدم وجود مشكلة صحية في جسميهما لتعزيز المشاكل النفسية الخاصة بالانفعالات أو القلق أو الشعور بالإهمال والرفض الأسري.. وعلاج ما يلزم فيها للشفاء المطلوب.

* **العلاج بالأدوية**، يُعطي الأطفال بحالات حادة من البلل، أدوية تساعدهم على ضبط حالاتهم. مثل هذه الأدوية :

❖ **ديسموبروسين** Desmoprossins **أو** DDAVP **على شكل حبوب أو بخاخ بالأنف. ويعطى لتحفيز إفراز الهرمون المبطئ لإدرار البول.**

❖ **ايميرامين** Imipramine **الذي يمارس ضبطاً على آليات الدماغ والكليتين لمنع البوال غير العادي.**

❖ **الدواء الضابط لجيوب الكليتين من عائلة** Anticholinergies **الذي يعمل على تهدئة الكليتين وتخفيض نشاطهما في إدرار البول والتحكم في عضلات وجيوب الكليتين من أجل ذلك.**

* **تدريب الكليتين على الإدرار المناسب للبول ليلاً** بواسطة:

❖ تقرير قدرة الكليتين على الإدرار والعمل على تنظيمهما.

❖ توسعة الكليتين بتأخير الإدرار قليلاً كل مرة وحسب خطة مدروسة محددة.

❖ شرب كميات أقل من الماء والأشربة الأخرى قبل النوم.

❖ تخطيط واتباع نظام ليلي للنهوض والذهاب للحمام.

❖ استعمال آلة تحذير عند بدء عملية الإدرار , وتكون على شكل حفاظة يضعها الطفل في بجامته أو لباسه الليلي، مرتبطة بسلك وبطارية ومنبه حساس للبول عند أول رطوبة من بدء الإدرار، حيث تطلق الأداة صوتاً تحذيرياً للطفل للنهوض والذهاب إلى الحمام.

* **تدريب الكليتين على الإدرار المناسب للبول نهاراً** بواسطة :

❖ القيام بعملية البوال كل فترة زمنية مناسبة مثل ساعتين.

❖ الابتعاد عن الأطعمة والأشربة المحتوية على مادة الكافيين المنبهة.

❖ التدريب على الاسترخاء وإعطاء عملية البوال حقها من الوقت حتى النهاية (تفريغ الكليتين من البول تماماً).

* **التحضير لتعلم عادات النظافة والذهاب إلى الحمام**، بواسطة :

❖ تعويد الطفل على مشاهدة وبيئة الحمام بالسماح له مرافقة أعضاء الأسرة عند استعمال الحمام، وربما مشاهدة كيف وأين يقومون بالبوال أو الإخراج، وقيامه بفتح خزان الماء Flushing أو اللعب به أحياناً.

❖ وضع كرسي البوال / الإخراج على مرأى الطفل في غرفة معيشته أو لعبه.. والسماح له باللعب بها أو لمسها أحياناً لغرض تعويده عليها.

❖ قيام الطفل بالجلوس على كرسي البوال / الإخراج بالحمّام، حتى بملابسه عندما لا يشعر الحاجة بالبوال أو الإخراج.

❖ قيام الطفل الآن بالجلوس على كرسي الحمام بدون اللباس الداخلي أو الحفاظة.

❖ البدء في نهاية هذه المرحلة بتعليم الطفل على كيفية استعمال كرسي الحمام.

* **تعليم عادات النظافة والذهاب إلى الحمام**، بواسطة :

❖ تخفيف لباس الطفل (خاصة في فصل الصيف) لتهيئته تلقائياً لاستعمال الحمام عند الحاجة لذلك.

❖ وضع أو اجلاس الطفل على كرسي الحمام، عندما تبدأ على وجهه ملامح الحاجة للبوال أو الإخراج.

- عرض الطفل على الحمام (أو سؤاله الذهاب إلى الحمام) بعد مضي ساعة من تناوله وجبة الطعام أو شربه كمية من الماء.

*****

Generally after,

- Namka, L. Get Your Angries Out. Internet: Talk, Trust & Feel The Repeutics, Jan, 2001. Retrieved from the web, Feb, 10,2001 www.members.aol.com/angriesout/index.htm ;
- weich,c. How to Help Your Child Express Anger and Other Feelings in a Positive Way. Retrieved from the webFEb. 10, 2001 www.teenfamilycounselling.org/angermgmt
- Salter, A. Twenty Alternatives to Punishment. Internet: Aware Parenting Institute 1999. Retrieved from the web feb, 2001 www.aware Parenting.com
- The Council For Exceptional Children. Behavioural Disorders: Focus on Change. ERIC clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, 1996. Retrieved from the web Feb, 2001 www.ericec.org
- Vygotsky. Behaviour Management. (Based on the work of Ivar Lovaas). Retrieved from the web Jan, 8,2001www.vygotsky.sfasu.edu/psycture.htm
- AACAP. Teenagers with eating Disorders. AACAP Facts for Families #2, 1997. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org

○ The Council For Exceptional Children. Behavioural Disorders: Focus on Change. ERIC clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, 1996. Retrieved from the web Feb, 2001 www.ericec.org

○ APA HelpCenter. Warning Signs of Teens Violence. Family and Relationships. Retrieved from the web March 2002 www.helping.apa.org

○ Kelly, D. dependent Personality Disorder Ptypes, 2002. Retrieved from the web July 2002 www.geocites.com

○ Kelly, D. Avoidant Personality Disorder. Ptypes,2002. Retrieved from the web July 2002 www.geocites.com

○ Kelly, D. Antisocial Personality Disorder Ptypes,2002. Retrieved from the web July 2002 www.geocites.com

○ ncpc.org. Making Peace-Tips on Managing Conflict. All State Foundation. Retrieved from the web July 2002 www.ncpa.org

○ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Conduct Disorder. AACAP Facts for Families # 33, 2000. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org

○ CMHS. Conduct Disorder in Children and Adolescents. U.S.DHHS, Dec, 1998. Retrieved from the web July 2002

○ Athealth.com/ Conduct Disorders in Children and adolescents. Athealth, Inc. 2000. Retrieved from the web, June 2001 www.athealth.com

○ Lingern, H. G. Adolescence & Peer Pressure. Neb Facts, NF95-211, Retrieved from the web July 2002 www.ianr.unl.edu

○ American Academy of Child & adolescent Psychiatry. Children Sleep Problems. AACAP Facts for Families #34, 2000. Retrieved from the web July 2002 www.aacap.org

○ Stanford University. Site. Children and Sleepwalking. Nodmaster, April 1998. Retrieved from the web July 2002 www.stanford.edu

○ Kids Health. What Happens When You Are Scared? The NEMOURS FOUNDATION, Nov, 2000. Retrieved from the web July 2002.

○ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children and Grief. AACAP Facts for families #8, Nov. 1998. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org

○ Kidshealth. Why Am I So Sad? The NEMOURS Foundation, 2000. Retrieved from the web July 2002

○ Kidshealth. When is Sadness a Problem? The NEMOURS Foundation, 2000. Retrieved from the web July 2002

○ Stanford University. Site. Children and Sleepwalking. Nodmaster, April 1998. Retrieved from the web July 2002 www.stanford.edu

○ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Bedwetting.AACAP Facts For Families #18, May.1999. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org

○ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Problems With Soiling and Bowel Control.AACAP Facts For Families #48, Dec,2000. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org

- NIDDK. Urinary Incontinence in Children. NIH Publication No:02-4095, May 2002. Retrieved from the web Aug, 2002 www.niddk.nih.gov
- MEDEM. Bed-Wetting. Medical Library July 2002. Retrieved from the web Aug, 2002 www.medem.gov
- The NEMOURS FOUNDATION. Toilet Teaching Your Child. Kids Health for Parents. Retrieved from the web, Aug 2002 www.kidshealth.org
- The NEMOURS FOUNDATION. What Parents Need To Know About Bedwetting. Kids Health for Parents. Retrieved from the web, Aug 2002 www.kidshealth.org
- AACAP. Normality. 1997. Retrieved from the web Sept, 2002 www.aacp.org/publications/factsfam/normal.htm
- Durso, B. Language Development. Kepppkidshealthy.com, Aug, 2000. Retrieved from the web Sept, 2002 www.keepkidshealthy.org
- Keepkidshealthy. Speech Delay. Keepkidshealthy.com. March, 2002. Retrieved from the web Sept- Aug, 2002 www.keepkidshealthy.org
- AACAP. Teenagers with eating Disorders. AACAP Facts for Families #2, 1997. Retrieved from the web April 2002 www.aacap.org
- Keepkidshealthy.com. Picky eaters. Jan.2001. Retrieved from the web Sept, 2002 www.keepkidshealthy.com

○ Gilbert, S. Picky eater? Don't give UP. Parentplace.com, April, 2001. Retrieved from the web Sept, 2002 www.parentplace.com/toddlers/nutrition/

○ Krieq, A. Why kids favour some foods and shun others. abc NEWS.com, 2000.Retrieved from the web Sept, 2002 www.abcnews.com

○ About, Inc. Pleasing Picky Eaters. 2002. Retrieved from the web, Sept. 2002 http://babyparenting.about.com/library/weekly/aa042001a.htm

○ Canadian Parents on line, Inc. Ten Tips for Picky Eaters. Canadian Parents.com, 1996-2001. Retrieved from the web Sept, 2002 www.canadianparents.com/articles/feature88e.htm

○ Keepkidshealthy.com. Food Refusal. May, 2001. Retrieved from the web Sept, 2002 www.keepkidshealthy.com

○ Burns,S.L. (1997) – How to survive unbearable stress. Retrieved From the web, Nov. 2000 (www.teachhealth.com).

○ Brownell,K.D. and etal (1998) – How therapy helps eating disorders – Psychotherapy's role in effective treatment. American Psychological Association. Retrieved from the web Feb. 2001 (www.helping.apa.orgl).

○ Dranov, P (1997) – Tired ? Depressed ? Check your thyroid.

○ Internet Mental Health, Retrieved from the web, June 2001. (http://www.mentalhealth.com/)

○ Forner, J – Top Ten Warning Signs of Normality. Retrieved from the Web,June 2001, (http://www.cjnetworks.com/l)

○ Health-Center.Com. Antisocial. Internet, 2000. Retrieved from the Web, June 2001 (http://www.health-center.com/

○ Long, P.W. (2000) – Delusional Disorders – American and European Descriptions and Treatment, Internet Mental Health, Retrieved from the web Feb.2001 http://www.mentalhealth.com/)

○ Long, P.W. (2000)Antisocial Personality Disorder. American and European Descriptions and Treatment. Internet Mental Health, Retrieved from the web Feb.2001 (http://www.mentalhealth.com/)

○ Long, P.W. – Bulimia Nervosa , - American and European Descriptions. Internet Mental Health 2000. Retrieved from the web, Feb. 2001 (www.mentalhealth.com)

○ Miller, J – National Institute of Health. Treatment of Panic

○ Disorder, NIH consensus statement online 1991. Retrieved from the web, Nov.2001 (http://text.nlm.gov/)

○ Miller, J – American Psychological Association, Answers to your

○ Questions about panic disorders. APA Help Center, 1996. Retrieved from the web (http://helping.apa.org/)

○ Miller, L.H. and Smith, A. D. – How does stress affect us ? The Internet: APA 1997. Retrieved from the web, May 2001

(http://helping.apa.org.work/)

○ Miller, J - Panic, at health, 2000. Retrieved from the web, June 2001 (http://www.athealth.com/l)

Miller, J (2000) – Bereavement and Grief at Health. Retrieved from Web, June 2001 (http://www.athealth.com/)

○ Miller, J.L. – Eating Disorders. At health, July 2000. Retrieved from the Web June 2001 (www.athealth.com)

○ Miller, J. L. – Multiple Personality Disorder. Athealth.com, 2000. Retrieved from the web, June 2001 (http://www.athealth.com/)

○ Miller,J.L. Dissociative Disorders. Athealth.com,2000. Retrieved From the web, June 2001 (http://www.athealth.com/

○ Mautner,R. – Mania short notes on Group Psychotherapy for Eating Disorders. Retrieved from the web,2001 (www.caen.itl)

○ Six Myths about Stress. Psychology at work (1997). Retrieved from The web, May 2001 (http://helping.apa.org/)

○ Think Quest Team 26618. Behavioral Disorders – What is Abnormal ? Retrieved from the web May 2001

(http://library.thinkquest.org/ abnormal %20 behavior. ht)

○ Zimbardo and Weber, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1994) Conduct Disorders. AACAP facts for families # 33, Jan.2000. Retrieved from the web, Feb.2001

(www.aacap.orgl)

*****

يقدم هذا الكتاب العلمي العملي بلغة واضحة وإجرائية، مفاهيم ومؤشرات وأساليب تشخيص وتوجيه وعلاج
واحد وعشرين من اضطرابات الشخصية: النفسية والسلوكية.. إنه دليل عيادي إجرائي للأسرة، والمعلمين، والمرشدين الطلابيين، ومختصي التعديل التصحيح النفسي والسلوكي..

يتناول الكتاب في 201 صفحة، وحدتين رئيستين بالعناوين التالية:

1ـ اضطرابات نفسية للأبناء، وتضم 13 موضوعاً منها 11 اضطراباً نفسياً.

2ـ اضطرابات سلوكية للأبناء، وتضم 10 اضطرابات.



دار التربية الحديثة

hamdanacademy@gmail.com
00962 798631526



I.S.B.N 978-9933-532-10-9
9 789933 532109